JOSÉ INGENIEROS

# Histeria y Sugestión

## Estudios de psicología clínica

5ª edición (revisada por el autor)

BUENOS AIRES

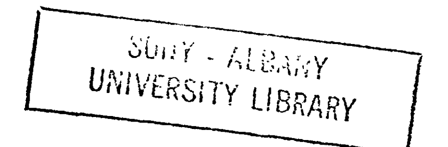
Talleres Gráficos Argentinos de L. J. Rosso y Cía.
Belgrano 475

1919

HISTERIA Y SUGESTION

# GONZALEZ MARQUES

JOSÉ INGENIEROS




# Histeria y Sugestión

## Estudios de psicología clínica

5.a edición (revisada por el autor)

BUENOS AIRES

Talleres Gráficos Argentinos de L. J. Rosso y Cía.
Belgrano 475

1919

# INTRODUCCIÓN

> Utque in corporibus, sic in imperio, gravissimus est morbus, qui a capite diffunditur. — *Plinio J., Epist. IV,* 22.

El estudio de los accidentes histéricos ofrece aspectos novedosos e interesantes en su triple fase: clínica, experimental y terapéutica. Su análisis psicopatológico nos permitirá aportar algunos elementos propios al proceso de revisión nosológica de la histeria, activamente iniciado en estos últimos años. Todo el material científico que se analiza en esta obra ha sido personalmente observado por el autor en el servicio de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Medicina, de que fué nombrado jefe de clínica a fines de 1900, a propuesta del profesor José M. Ramos Mejía. Es, desde ese punto de vista, una de las primeras manifestaciones originales de nuestra naciente ciencia médica.

Precede a los estudios analíticos una síntesis crítica de las doctrinas relativas a la naturaleza y patogenia de la histeria, tema no exento de controversia; sometiendo la diligente información bibliográfica al contralor de la propia experiencia, procuramos atisbar alguna conclusión sobre la fisiopatología de la "gran neurosis", harto enmarañada por las heterogéneas doctrinas expuestas antes y después de Charcot.

Desde el punto de vista clínico no se limita este volumen a la descripción de observaciones personales encuadradas dentro de tipos ya definidos.—Analizando los accidentes sensitivos y convulsivos de la neurosis se pone

de relieve la importancia de la sugestión como causa de los mismos, la instabilidad de las anestesias histéricas, el valor del hipnotismo para la experimentación psicopatológica, las ventajas de la psicoterapia sobre el tratamiento farmacológico.—El capítulo sobre los pretendidos síntomas de la hemiplegia histérica subvierte las ideas aceptadas hasta hoy por los tratadistas acerca del diagnóstico diferencial de las hemiplegias.—Al estudiar la risa histérica se clasifican, por vez primera, las diversas formas clínicas de este accidente respiratorio.—La experimentación hipnótica permite proyectar alguna luz sobre el mecanismo del hipo histérico, sugiriendo una nueva interpretación fisiopatológica de su proceso funcional.—En el capítulo destinado a estudiar los accidentes tróficos de la histeria desfilan algunas observaciones poco frecuentes, análogas a los "estigmas" observados en muchos "santos" y "poseídos".—La observación clínica de fiebre histérica inclina de manera decisiva a aceptar la existencia de este discutido síntoma, por los efectos de la sugestión experimental sobre la temperatura; los actuales conocimientos fisiopatológicos autorizan a formular un nuevo concepto de su patogenia.—La observación relativa al tratamiento de la abulia de los bebedores, puede sugerir indicaciones terapéuticas para corregir ciertas formas de dipsomanía.—Por fin, entrando al terreno de los accidentes mentales, el estudio de las obsesiones e ideas fijas va precedido por una síntesis de las últimas doctrinas, al que sigue un análisis psicológico de sus manifestaciones en la histeria, la neurastenia y la psicastenia, con particular aplicación a su diagnóstico diferencial.

Otros capítulos, sobre la astasia-abasia, el mutismo histérico, la dísnea, etc., confirman la eficacia de la

terepéutica sugestiva; algunos son casos de curación inmediata. La enferma llega tullida al hospital, y sale caminando; muda, y se retira esparciendo alegre cháchara; ahogada por la dísnea, y vase respirando con ritmo normal.—Poco deben sorprender estos resultados de la psicoterapia. Solamente de ella, en sus diversas formas, valiéronse en todo tiempo los taumaturgos de las más lejanas y diferentes religiones, perpetuando la creencia en los "milagros", cuyo fino análisis psicológico realizó científicamente Charcot, en su conferencia "La foi qui guérit", y más tarde Anatole France, con criterio de esteta y de filósofo, en un capítulo hermoso de su "Jardín d'Epicure". ¿Por qué no deberían los hombres de ciencia repetir en sus clínicas los "milagros" practicados otrora por taumaturgos incultos?

Un objetivo terapéutico complementa el propósito clínico y experimental de este libro: justipreciar el valor curativo de la psicoterapia en los accidentes histéricos. Con tal fin, en un capítulo final sintetízanse los actuales conocimientos sobre el hipnotismo y la sugestión, comparando las doctrinas de las diversas escuelas y estableciendo su valor experimental y terapéutico.

Los presentes estudios de psicología clínica no constituyen un manual de vulgarización, ni forman un tratado sistemático; los libros de esa índole pertenecen al género didáctico, pero quedan fuera de la investigación científica y excluyen toda originalidad. El lector sólo encontrará aquí observaciones personales, analizadas mediante las disciplinas metodológicas menos inexactas. En ese concepto puede este volumen complementar muchos puntos obscuros o descuidados por los tratadistas, contribuyendo a la revisión de los hechos y las doctrinas relativas a la histeria y su tratamiento.

La ciencia no termina nunca, porque es incesantemente perfectible. Este libro refleja una etapa de la incesante evolución a que están sometidos nuestros conocimientos, acercándose sin cesar a una mayor concordancia entre la razón, que construye las hipótesis, y la experiencia, que las somete al contralor de la realidad.

Buenos Aires, 1904.

# CONCEPTO Y PATOGENIA DE LA HISTERIA

I. Las doctrinas eróticas y demoníacas — II. Las doctrinas clínicas hasta Charcot — III. Las actuales interpretaciones: Bernheim, Janet, Freud, Grasset, Babinsky, Sollier — IV. Conclusiones sobre la naturaleza y patogenia de la histeria.

## I. — Las doctrinas eróticas y demoníacas

Poco sabía Hipócrates de la histeria y su tratamiento. Sólo en uno de sus aforismos encontramos esta graciosa presunción pronóstica: "Muliere ab uterina passione vexatae, aut difficulter parturienti, stornutatio superveniens, bono". (1). Nadie supondrá que el médico moderno es irrespetuoso para con el creador de la medicina naturista, si se permite dudar del buen o mal presagio de los estornudos sobrevinientes en el curso de la histeria o de los partos difíciles.

Desde entonces, a través de tantos siglos, la ciencia no ha definido a la histeria en una fórmula general, aceptable por cuantos estudian su patogenia y sus modalidades clínicas. Sobre los escombros de las ingenuas teorías médicas primitivas se realizó una minuciosa labor de observaciones y de análisis, pero, desgraciadamente, aun no se han formulado conclusiones irrevocables.

(1) Hipp.: *Aphor.*, Sectio V, af. 35.

La historia de la gran neurosis ha sido escrita muchas veces, prolijamente; Dubois (2) le consagró un libro interesante, lleno de curiosas revelaciones médico-sociales, que no podemos referir en esta síntesis. Un enorme paréntesis de siglos se abre en la Grecia antigua y aun espera cerrarse con una interpretación definitiva de la enfermedad.

Coordinando las corrientes de ideas mejor definidas podemos distinguir tres períodos bien caracterizados. Durante el primero florecen dos concepciones empíricas, la genital y la mística, que le atribuyen una base uterina o demoníaca, respectivamente. Durante el segundo localízase la histeria en el sistema nervioso y se efectúa el estudio clínico completo de la enfermedad. En el tercero —en que estamos—se investiga la patogenia de los fenómenos observados, surgiendo diversas teorías psicológicas y fisiológicas.

Sintetizando esos tres períodos evolutivos de la concepción de la histeria, caracterizando sus rasgos propios, podremos ponderar los actuales conocimientos sobre su naturaleza y patogenia, determinando algunas nociones que pueden considerarse definitivamente adquiridas por la ciencia.

*

En el primer período encontramos predominantes dos teorías: una demoníaca y otra uterina. No obstante ser ambas igualmente absurdas, la uterina fué más afortunada, pues tuvo mayor auge entre los hombres de saber, mientras la otra cundió preferentemente entre las multitudes fanatizadas.

(2) DUBOIS: *Historie philosophique de l'hypocondrie et de l'hytérie*, París, 1833.

Poco o mal conocida la histeria masculina, no se vaciló en conferir al bello sexo el triste monopolio de la neurosis; y, a fuer de lógicos, considerando el órgano de que estaban desprovistos los hombres, atribuyéronse a la matriz generadora todas las responsabilidades de la enfermedad. En la era antigua, antes y después de Galeno y de Hipócrates, sostúvose sobre la neurosis la teoría uterina, aunque matizándola con intervenciones demoníacas, destinadas a recrudecer en épocas posteriores.

En razón de su cosmogonía, que multiplicaba los espíritus y los dioses, muchos pueblos antiguos tendían a explicar las enfermedades y la muerte mediante intervenciones sobrenaturales de sus divinidades irritadas. Desde este punto de vista, los dioses del Olimpo y los contradioses del Averno tenían poder semejante. La muerte era el golpe asestado por un ser invisible y las epidemias el resultado de venganzas de los dioses; y así como en la guerra nos los muestra Homero esparciendo en su rededor la desolación y la muerte, atribuyéronse las enfermedades nerviosas, mentales y convulsivas a seres invisibles que se habían introducido en el cuerpo. De esa manera nace la idea de la *posesión* y de la influencia de espíritus infernales sobre el hombre. (3).

Alternando ambas ideas—genésica y demoníaca—se desenvuelve durante siglos la concepción del histerismo. Cuando las enfermas no aparecen subordinadas a su útero, se las considera poseídas por demonios. Así se esbozan en el período empírico los dos grandes grupos de teorías que pretenden explicar la enfermedad.

Para Pitágoras, todas las enfermedades que afectan al hombre y a los animales eran debidas a demonios esparcidos en la atmósfera. (4). En opinión de muchos filóso-

(3) Ver: BOUCHUT, *Hist. de la medicina*, tomo I, lib. 1, cap. II.
(4) DIÓGENES LAERCIO: VIII, I, § 32.

fos griegos, cada hombre tenía su demonio particular, personificando su individualidad moral; si el demonio estaba en furor, resultaba una especie de locura, convirtiendo al sujeto en demoníaco o poseso. Dioses y demonios tenían el mismo rango en la determinación de los trastornos nerviosos y mentales. Lógico era inducir, de tal patogenia, una terapéutica fundada en la teurgia más bien que en la farmacología; por eso los demonios eran expelidos del organismo mediante purificaciones, sacrificios y fórmulas sacramentales, acompañadas de abluciones y fumigaciones. Una vez curado, el enfermo consagraba ofrendas a los dioses (5) en vez de pagar honorarios a su médico, como acostumbran en nuestros días algunos enfermos.

Junto a esa concepción demoníaca coexiste, especialmente entre los iniciadores de la medicina naturista, la concepción orgánica de la enfermedad, con predominio uterino. Hipócrates, a propósito de la epilepsia, observa sabiamente que nada místico o sobrenatural hay en su determinación, pese al nombre de "mal sagrado"; pero agrega que puede ser producida por la primavera (6) y por el otoño (7). Plutarco, no obstante admitir la "inspiración" como causa de la locura, confiesa que solamente los niños, los viejos y los débiles de espíritu pueden creerse obsesionados por un demonio perverso. (8). Confírmase entonces la idea de que existe una "pasión uterina" en el fondo de todos los fenómenos histéricos; quien curiosee las opiniones de los filósofos de esa época encontrará que consideraban al útero como un animal alojado en el vientre de una mujer, viviendo la bestiecilla con perpetua ansiedad de engendrar hijos. Si no

(5) LITTRÉ: *Hipp.*, VIII, pág. 468.
(6) HIPP., Sectio III, afor. 20.
(7) HIPP., Sectio III, afor. 22.
(8) PLUTARCO, Dion., § 2.

recibía suficiente satisfacción, indignábase, recorría el cuerpo en todas direcciones, sembrando doquiera el desconcierto y el dolor, no respetando órgano alguno en su arrebato. Esta teoría, que bajo nuevas formas científicas conserva distinguidos defensores, explicaba también el furor uterino, considerado como forma desbordante del histerismo, representando el anhelo desmedido del animal por obtener las satisfacciones de voluptuosidad y fecundación a que se consideraba acreedora su carne insaciable.

La teoría uterina tuvo otra expresión, más fisiológica, sin salir de la antigüedad. Mientras Hipócrates, Areteo y Celso, consideran al útero como un animal ubicado en el vientre, y a la histeria como efecto de las peregrinaciones del animal exasperado por el apetito genésico, Galeno, Recio y Fernet atribuyen la neurosis al estancamiento o descomposición del esperma y de la sangre en la matriz, con distribución de un vapor maligno por todas las regiones del organismo, o simplemente como una reacción del útero sobre todos los demás órganos del cuerpo.

*

No siendo nuestro propósito rehacer la historia de esta neurosis, limitémonos a consignar que la concepción demoníaca de sus accidentes reaparece con intermitencias, exagerándose en los períodos de fanatismo colectivo y de misticismo patológico. La histeria, lo mismo que la locura, toma del ambiente la materia prima que sirve de argamasa a los trastornos mentales. Cuando sopla en la sociedad una racha de fervor religioso, los prejuicios y los pavores de la fe mórbida constituyen el elemento esencial de la mentalidad pervertida; creyéndose endemoniadas o poseídas, las histéricas

consiguen difundir su creencia entre quienes las rodean, confundiéndose la *forma* de la psicopatía con la *causa* de la enfermedad misma. En cierto momento de la Edad Media se identificaron los trastornos mentales de la histeria con la posesión satánica; en cada melancólica se suponía una pecadora culpable, en cada erótica una diabolizada, en cada maníaca una poseída, en cada alucinada una santa. Los fenómenos mentales predominaban sobre los restantes, o por lo menos llamaban la atención sobre todos. "La histeria en sus formas modernas, diremos así, con toda la amplitud de síntomas y de cuadros vagos e indecisos que conocemos hoy, seguramente no fué del dominio de la teología, que reemplazaba entonces a la nosografía; sólo eran conocidas las manifestaciones más bulliciosas e impresionistas de la posesión y de la forma demoníaca; por eso, y por la supina ignorancia de los tiempos, fué más difícil defenderse o precaverse de sus traidores asaltos. Aquellas formas del desequilibrio mental tan peculiar del histerismo no convulsivo, manifestándose apenas por su carácter "monosintomático", como dice Charcot; aquellas que llevan todos sus efectos sobre la frágil mentalidad de la mujer, exteriorizándose físicamente sólo por ligeros espasmos, anestesias inapreciables, sofocaciones y trastornos pasajeros de otro orden, ésas, seguramente, pasaban por delante de sus ojos sin llamarles la atención. Sólo había posesión, es decir, enfermedad, donde existían las alucinaciones terribles de las poseídas de Louviers, las apariciones nocturnas de Armenijo, las grandes contorsiones, los aullidos y las impulsiones genitales licantrópicas de las beatas de Santa Eulalia. El amor desordenado que las "poseídas" de Loudun tenían por Urbano Grandier, la versatilidad del carácter histérico, tan bien revelado en las mismas retractaciones de

las religiosas poseídas, así como todas las leves perturbaciones de la inteligencia que hoy mismo son difíciles de descubrir, y que no están al alcance del vulgo de los médicos, escaparon, sin duda, a la observación superficial y supersticiosa de aquellos tiempos. No por eso su existencia era menos real, ni su influencia menos perniciosa en una sociedad que reunía, no sólo las condiciones múltiples que predisponen a su desarrollo, sino aun las que determinan inmediatamente su estallido, imprimiéndole ese sello especial que las caracteriza''. (9).

Las religiosas de esos tiempos inquietos, pobres enfermas atormentadas sin cesar por la idea de demonios que encarnaban los pecados, se neurosaban más fácilmente por cuanto hacían vida colectiva, contagiándose, por decir así, las unas a las otras. La rareza de sus ataques convulsivos, la confesión formal de la visita del demonio, las crisis provocadas por las tentativas de exorcismo, todo inducía a creer en la intromisión de Satanás. Durante sus alucinaciones las poseídas se acusaban espontáneamente; con la badulaquería propia de los histéricos, jactábanse de frecuentar el infierno. ¿Cómo no condenar a la hoguera a estos cómplices voluntarios de Satán?. (10).

*

Pero junto a esa fase especial de la histeria—que da asidero a la teoría mística—coexiste en la Edad Media la otra fase, erotomaníaca y sensual, dando valimiento a la teoría uterina.

Aparece entonces la histérica entregada a desmanes libidinosos, buscando la voluptuosidad por la voluptuosidad misma, en plena tempestad sensual, desenfrenada

(9) Ramos Mejía, *La Locura en la Historia*, p. 422, Buenos Aires, 1897.
(10) Ver: De Fleury, *Introduction de la médecine de l'Esprit*, página 16.—París, 1898.

en el deseo, insaciable en la satisfacción. La encontramos teniendo relaciones carnales con demonios y espíritus, o persiguiendo complicadas anormalidades de placer mórbido; ora se acusa de imaginarios goces consumados con personas de la corte celestial, ora se estremece por las robustas violencias de brazos plebeyos que acuden a la mancebía, como en pasados tiempos Mesalina; y por fin, la vemos complicarse en inverosímiles ceremonias de magia, al servicio de ritos macabros, ofreciendo su desnudo vientre como altar para que sobre él se oficien las ceremonias asombrosas de la Misa Negra, como hiciera en tiempos del Rey-Sol la deslumbradora Montespán.

Entonces la histérica da su vasta contribución al amor mórbido; en ese género es la reina de las desequilibradas. Con toda razón se nos presenta (11) como un sér fantástico, tornadizo y versátil, proteo de mil formas, ágil veleta entregada al voluble capricho de todos los vientos; su espíritu novelesco y quimérico le impide guardar la justa medida. De ahí esas morbosidades en la pasión amorosa, que nada justifica, permaneciendo impertérrita ante la lógica adversa de los hombres y de los acontecimientos. ¿Quién no ha conocido, en su medio, alguno de esos ejemplos de mujeres nerviosas, excéntricas, repentinamente obsesionadas por un amor inmenso e insensato hacia un hombre casi desconocido y que a menudo no merece su afecto? Lo aman, sin saber por qué. El llegó; creyeron que su vida no respondía a otro objeto que esperar esa llegada: es el mesías del amor y ellas se entregan a todas las extravagancias. Entonces se verá mujeres, madres, de conducta hasta entonces intachable, abandonar repentinamente la ruta del deber, comprometerse vergonzosamente con aventureros, abandonar sus hijos, sumir a toda su familia en la deshonra

(11) Ver LAURENT: *L'Amour morbide*, pág. 53.

y la aflicción. Y una vez entradas en esa vía, nada puede detenerlas, ni los ruegos, ni la voz de sentimientos otrora poderosos, ni las amenazas. La histérica enloquecida de amor sale de quicio, la madre se convierte en bacante, la beata en pagana.

En la histérica, los desequilibrios del misticismo se complementan con las más extrañas aberraciones del amor enfermizo, poniendo en juego todas las combinaciones imaginables de la lujuria y de la fe.

*

Al mismo tiempo que un novelista de talento (12) evocaba en su prosa enfermiza y magnífica la psicología de esos libidinosos satanistas, con su cortejo de íncubos y súcubos, de envoltamientos y misas negras, afirmando que el satanismo medioeval no ha muerto, pues hoy florece en los centros mismos de la más alta civilización contemporánea,—los médicos de la Salpetriére nos han dado la interpretación, artística y científica a la vez, de esos mismos hechos, con las obras de Charcot y Richer (13), Bourneville (14), Regnard (15), etc. En sus libros vemos a la histeria dominando todo el cuadro de esos fenómenos; las estampas y documentos de aquella época constituyen el más interesante archivo de las formas revestidas por la neurosis en ese momento de la vida medioeval. Entonces la histeria combina, en morboso contubernio, toda la gama extrema de la sensualidad enfermiza con las más fervorosas manifestaciones del misticismo.

Podría sorprender esta dualidad, extraña a primera vista, de las grandes manifestaciones histéricas: tocando por una parte al sentimiento religioso y por otra a la

(12) Ver: J. K. Huysmans: *La-Bás.*
(13) Ver: Charcot y Richer: *Les démoniaques dans l'art.* — *Iconographie pathologique de la Salpetriére.*
(14) Ver: Bourneville: *Bibliothéque diabolique.*
(15) Ver: Regnard: *Conferences a la Sorbonne.*

emoción de la voluptuosidad. Esta es, sin embargo, una de las singularidades más clásicas en patología mental; se ha observado, en todo tiempo, la marcha paralela de la lujuria y el misticismo, de la sexualidad y la devoción. En todas las religiones donde tuvieron culto el amor o sus órganos, fueron sacerdotisas las mujeres, siendo el más común de los holocaustos la celebración de actos amorosos ante los propios altares de los dioses. Bastaría recordar las fiestas fálicas del culto de la India, el rol del amor sexual en las religiones caldeas, las sacerdotisas de Baal en el culto asirio, el culto fálico, las fiestas diosisíacas, las coribantias y los cultos de Priapo y de Venus, la santificación del amor en la religión del Islam, etc. Y cuando la moral del cristianismo llegó a predicar como pretendidas virtudes ciertos preceptos irracionales,—como la castidad,—vemos que sus víctimas no se resignan a ella, rebelándose sus cuerpos, ora en pecaminosos sueños, ora en vicios infecundos; y nos dice la historia que la misma continencia determina alucinaciones voluptuosas en las santas y poseídas, crisis de lujuria inagotable y epidémica en los conventos, demonolatría y satanismo, erotomanía religiosa. Basta conocer la locura histérica en un hospicio, o leer las obras clásicas relativas a esta cruza de la neurosis con la alienación, para comprender cuán a menudo se asocian estos dos fenómenos que a primera vista diríanse contradictorios: misticismo y sensualidad.

En suma, las formas revestidas por la histeria, en sus fenómenos mentales más ruidosos y llamativos, justificaron la sustentación de dos teorías acerca de su naturaleza: mística la una y uterina la otra.

## II. — LAS DOCTRINAS CLÍNICAS HASTA CHARCOT.

Las doctrinas científicas en nada se parecen a las creaciones estéticas; se forman lentamente, por correcciones sucesivas, son la obra colectiva de muchas generaciones que suman sus esfuerzos para el aumento y depuración de la experiencia. La obra de arte, en cambio, se elabora individualmente y por obra exclusiva de la imaginación, aunque puede abrevarse en las fuentes de la común experiencia social. La interpretación nerviosa de la histeria es un resultado de múltiples tanteos y aproximaciones; y cuando llega a definirse, aunque en términos imprecisos, inicia una era nueva en la historia de la enfermedad.

No es obra individual; muchos la preparan y algunos la bosquejan, antes de que llegue un hombre genial — Charcot — que sabe demostrarla e imponerla. "Observadores concienzudos comprendieron la fragilidad de la teoría uterina de la histeria. Algunos la atribuían a un principio acre y bilioso esparcido en el cerebro, otros a un principio humoral mezclado a la sangre; Boerhave, Pomme, Hoffman, Sauvage, Linnée, Blackmore, etc., etc., la consideraban una enfermedad nerviosa general, o una viciación cualquiera de los espíritus nerviosos o animales, sin más sitio preciso que los nervios.—Otros ponían en juego a la médula espinal, y algunos, volviendo bajo otra forma a la teoría visceral, ubicaban el sitio de la enfermedad en el estómago o sus inmediaciones, como Purcell, Pitcarn, Hunauld, Vogel, o en los pulmones y corazón, como Hygmor, o en la vena porta, como Stahl" (16).

(16) A. COLIN, en *Traité de Pathologie Mentale*, de GILBERT BALLET, página 817.

Lepois (1618) describe la histeria masculina y localiza la enfermedad en el cerebro; Sydenham (1681) sigue iguales rumbos. En la primera mitad del siglo XIX esas ideas encuentran aceptación gracias a las tres obras clásicas de Georget (17), Brachet (18), Briquet, (19). En la segunda mitad se publican los estudios descollantes de Laségue, Legrand du Saulle, Tardieu, Falret, Ball, hasta llegar a Charcot y la escuela de la Salpetriére, que señalan la etapa más célebre en la historia de esta enfermedad.

El profesor Raymond, al hacerse cargo de la cátedra vacante por la muerte de su creador, dedicó una serie de nueve lecciones al estudio de la obra realizada por Charcot, su escuela y su época, en el campo vastísimo de la patología nerviosa (20); después de las obras mismas del maestro, constituyen nuestra fuente de información más autorizada.

Complementando algunas precisas descripciones clínicas de Briquet, Charcot analizó el gran ataque de histeria convulsiva, distinguiendo en él cuatro fases: período epileptóideo, período de las contorsiones y de los grandes movimientos, período de las actitudes pasionales y período delirante; su discípulo P. Richer publicó una monografía ilustrada, que permanecerá clásica desde el punto de vista histórico y clínico (21).

El estudio de las manifestaciones interparoxísticas de la histeria fué magistralmente abordado en la conocida obra de Gilles de la Tourette (22); desde esa fecha los llamados "estigmas permanentes" de la histeria pasa-

(17) GEORGET: *Physiologie du Systéme Nerveux*, París 1821.
(18)) BRACHET: *Recherches sur la nature et le siege de l'Hystérie et l'hypocondrie*, París 1832.
(19) BRIQUET: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, 1859.
(20) F. RAYMOND: *Maladies du Systéme Nerveux*, vol. I.
(21) RICHER: *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, etc.
(22) GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, 1891.

-ron a ocupar un sitio prominente en la clínica. Hasta Briquet (23) las anestesias se consideraban como un resultado de emociones violentas o de los ataques convulsivos; desde Charcot, se las consideró manifestaciones precoces y tenaces de la neurosis, anteriores a los accidentes álgidos, paroxísticos, convulsivos, etc. A partir de entonces las anestesias sirvieron para diagnosticar la histeria antes de que sus accidentes llamaran la atención del clínico.

Esa noción de los estigmas permanentes de la histeria tuvo consecuencias importantísimas, según observa Raymond (24). Enseñó a apreciar el elevado porcentaje de la histeria masculina, considerada por Briquet diez veces más rara que la femenina; "en realidad se encuentra un histérico por tres histéricas en los ambientes donde el hombre es más favorecido; en cambio, en otros medios, la histeria sería más frecuente en el hombre que en la mujer, si nos atenemos a ciertas estadísticas recientes". En segundo término, permitió interpretar menos desacertadamente la etiología de la neurosis; "habiendo referido a la histeria los desórdenes y estados neuropáticos desarrollados bajo una influencia nociva bien manifiesta, que no produce indistintamente los mismos trastornos en cualquier sujeto, poco a poco llegamos a pensar que la histeria, para producirse, necesita un terreno predispuesto sobre el cual actúan las causas ocasionales: los agentes provocadores, para usar el vocablo corriente". En tercer término, ha permitido descubrir la histeria detrás de numerosas enfermedades de los centros nerviosos, consideradas incurables hasta entonces. Al mismo tiempo determinó una concepción más razonable del estado mental de los histéricos; las pretendidas simulacio-

(23) BRIQUET: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, París.
(24) LOC. CIT.

nes y supercherías de estos enfermos resultaron ser fenómenos inconscientes, irresistibles. Y, por fin, a Charcot debemos el estudio de la ambliopía histérica, de las zonas histerógenas, de las auras, etc.

*

Desde el *punto de vista clínico* la escuela de Charcot llegó a una concepción de la histeria que todavía suele llamarse clásica: es una neurosis, una afección puramente funcional, sin lesión orgánica permanente del sistema nervioso.

Sus manifestaciones se agrupan en dos clases de síntomas: los *estigmas* y los *accidentes.*

1.° Los estigmas no faltan nunca y su presencia basta para demostrar que existe la histeria; son *síntomas* patognomónicos. Pueden clasificarse en tres grupos: *trastornos de la sensibilidad* (anestesias cutáneas y profundas, anestesias sensoriales y especialmente del campo visual, hiperestesias con zonas histerógenas), *trastornos motores* (amiostenia, paresias, akinesias parciales, diátesis de contractura) y *trastornos psíquicos* (amnesia, abulia, estrechamiento del campo de la conciencia, desequilibrios del carácter, emotividad mórbida, instabilidad mental). Esos estigmas son espontáneos (sobrevienen sin intervención psíquica del enfermo) y fijos (son constantes y estables a través de todas las modificaciones accidentales de la enfermedad); son esenciales en la histeria y el enfermo puede tenerlos sin sospecharlos hasta que el médico los busca y los descubre.

2.° Los accidentes sobrevienen sin reglas fijas, son episódicos, movedizos. Su número es considerable; los hay sensitivos, musculares, tróficos, viscerales, respiratorios, circulatorios, etc; pueden perturbar todos los órganos, todos los sistemas, todas las funciones. (Ataques con-

vulsivos, vértigos, síncopes, sueño, éxtasis;—parálisis y contracturas, hemiplegia, coxalgia, tortícolis;—espasmos, tics, temblores, córeas;—algias, crisis gástricas, angina de pecho;—accidentes viscerales, afonía, mutismo, tartajeo, tos, ladrido, dísnea, anorexia, disfagia, vómitos, timpanismo;—acidentes tróficos y vasomotores, erupciones, edemas, hemorragias, retracciones tendinosas, atrofias musculares;—distrofias generalizadas, fiebre histérica). Estos accidentes no se observan al mismo tiempo en cada enfermo; se turnan sin orden y a menudo sólo existe uno de ellos (histeria monosintomática); pero basta encontrar al mismo tiempo los estigmas para que pueda afirmarse su carácter histérico.

Los estigmas son, pues, el fundamento de este edificio clínico; ellos permiten establecer la unidad de la histeria en medio de la infinita variedad de los accidentes. Podríamos, en suma, decir que, para la escuela de Charcot, la histeria era una *neurosis permanente* (caracterizada por estigmas fijos) que se revela por *manifestaciones episódicas* (representadas por accidentes transitorios).

*

Independientemente de ese cuadro clínico—tan discutido en la actualidad—consideramos esencial en la obra del ilustre maestro su nueva concepción fisiopatológica de la enfermedad, sintetizada en breves palabras: "La histeria es una enfermedad psíquica por excelencia". Esta concepción se generalizó rápidamente, ganando siempre terreno, hasta prevalecer en el ambiente científico.

Enfermedad *psíquica,* se dijo. Pero no se definió el valor atribuído a la "psiquis" o a la "psiquicidad"; no era "lo nervioso", pero tampoco era "lo moral". Era más que lo nervioso, en cuanto llegaba a abarcar lo psico-

lógico; pero no se decidía a ser lo moral, por cuanto residía en lo físico. No se ha señalado—ni por el mismo Raymond—el alto sentido biológico implicado en la concepción de Charcot, encaminada a refundir en la noción de "psíquico" las ideas de orgánico y de mental, de físico y de moral, tendiendo de hecho un puente entre los dos términos opuestos de la filosofía dualista.

En el fondo, Charcot desenvolvió en el estudio de la histeria, la doctrina de Cabanis sobre las relaciones entre lo moral y lo físico, postulando la sinergia entre lo biológico y lo psicológico, sin las reservas filosóficas que han caracterizado posteriormente al acomodaticio "paralelismo psico-físico". Charcot fué el primero en considerar la histeria como una psicosis, afirmando que todas sus manifestaciones orgánicas eran consecutivas a un estado psicológico enfermizo. Sus razones parecieron justas. Si las emociones determinan la histeria, si la sugestión puede provocar o suprimir sus manifestaciones, si el aislamiento y la terapéutica moral ejercen una feliz influencia sobre sus manifestaciones, en una palabra, puesto que aparece o desaparece bajo acciones psíquicas, lógico es considerarla como una enfermedad psíquica.

Con variantes de nomenclatura esa doctrina fué compartida en casi todos los países por la mayoría de los neurólogos. Moebius y Strumpell dijeron que era una "enfermedad por representación", lo que cabía dentro del concepto fundamental de la enfermedad psíquica. "Pueden considerarse como histéricas todas las manifestaciones enfermizas del cuerpo causadas por representaciones" (Moebius). "Lo que se llama neurosismo es, desde el punto científico, una disposición del espíritu más bien que corporal... Ciertas representaciones muy fuertes, ciertas asociaciones de ideas demasiado fáciles, conviértense en el punto inicial de una gran se-

rie de accidentes, en apariencia puramente físicos" (Strumpell).

En el fondo, todas las explicaciones convergían a lo mismo, en cuanto a lo general. Pero cuando se profundizó el análisis y se intentó abordar el problema íntimo de la patogenia, aparecieron varias explicaciones que difieren en lo particular. Conformes todos en que la histeria es una enfermedad psíquica, la disconformidad asomó cuando se quiso precisar mejor cual era su proceso íntimo.

Tal es la virtud de las verdades científicas, tal su fuerza de perfeccionamiento incesante: cada problema plantea otros cien problemas secundarios, cada demostración permite buscar otras cien que le sirven de complemento. Porque, al revés de las creencias dogmáticas, que se formulan como invariables y eternas, las creencias científicas se presumen variables y perceptibles; y cuando el hombre de ciencia da un paso adelante, no dice a los que le siguen: "de aquí no pasarás", sino más bien: "sigue por este camino, cuyo término es infinito".

## III. — Las actuales interpretaciones; Bernheim, Janet, Freud, Grasset, Babinski, Sollier.

La descripción clínica de los estigmas permanentes de la histeria y de sus accidentes paroxísticos fué agotada—o poco menos—en la segunda mitad del siglo XIX. Es indudable que Charcot y su escuela no dejaron descripciones perfectas ni enunciaron hipótesis definitivas; muchos datos clínicos han sido ya rectificados, muchas interpretaciones resultan ya insuficientes. El perfeccionamiento de los métodos de investigación y el adelanto extraordinario del análisis psicológico son las dos palancas formidables que, en manos expertas, han servido para

dar nuevo impulso a los estudios sobre la histeria. En este primer lustro del siglo XX ningún neurólogo o psicólogo podría suscribir las doctrinas de Charcot en su enunciado inicial; muchos son ya los que han intentado exceder su obra, revisando algunos los cuadros clínicos, rectificando otros las interpretaciones patogénicas, profundizando los restantes el análisis de las perturbaciones psicológicas y orgánicas.

No es nuestro propósito enumerar todas las nuevas maneras de plantear o resolver esos problemas, ya que ello excedería al plan de este libro, que es contribuir a esa obra colectiva con los resultados de nuestra experiencia personal. Pero no será inútil, y más bien parece indispensable, que expongamos las corrientes de ideas más dignas de tenerse en cuenta en la hora actual.

*

El cuadro clínico de la histeria, fijado por la escuela de Charcot, motivó siempre objeciones y reservas. Desde hace algunos años merecen particular atención las ideas de Bernheim, tanto en su aspecto crítico como en su fase afirmativa. Sus estudios sobre la sugestibilidad, emprendidos bajo la inspiración de Liebault, le han apartado progresivamente de la concepción clínica de Charcot y sus discípulos. Cree que sus descripciones "típicas" eran con frecuencia muy convencionales y dice con franqueza que la histeria de la Salpétriére era debida en gran parte a la imitación y la sugestión; la gran histeria, con sus fases o grandes períodos, era una "histeria artificial".

El estigma fundamental de la histeria, la anestesia sensitiva-sensorial, tiene absolutamente los mismos caracteres que la anestesia sugerida; es puramente psíquica y sólo existe en la imaginación del sujeto, siendo frecuentemente curable por sugestión. La misma hemianes-

tesia le parece sugerida involuntariamente por el médico durante el examen de los enfermos.

Bernheim cree poder referir todos los fenómenos histéricos a una simple "autosugestión", posible en sujetos neuropáticos cuya sugestibilidad está exagerada. Esas perturbaciones serían simples fenómenos normales exagerados. En la medida de nuestra emotividad, todos somos histéricos en cierta proporción y tenemos trastornos nerviosos; pero en algunos individuos esos trastorno se exageran, pues "poseen un aparato histerógeno muy desarrollado y fácil de conmover". Esa especial predisposición a los fenómenos histéricos constituye la *diátesis histérica congénita.* En rigor, Bernheim lleva su interpretación hasta negar la existencia misma de la histeria, como ya negara la del hipnotismo: "Las grandes y pequeñas crisis de la histeria, en sus diversas y numerosas formas, son la simple exageración de fenómenos normales de orden psicofisiológico. (25).

Más tarde procuró demostrar que la crisis de histeria es siempre una exagerada reacción de origen emotivo, pudiendo repetirse por nuevas emociones o por una auto-sugestión emotiva. Esa emoción histerógena puede ser de origen externo, debido a un acontecimiento cualquiera; o puede ser de origen interno debido a cualquier estado enfermizo que aumenta la emotividad (26). De todo ello se deducirá que la histeria no es una enfermedad, sino un conjunto de síntomas emotivos que pueden existir por temperamento o ser consecutivos a una enfermedad. "La entidad mórbida gigantesca, con sus innumerables síntomas, sus estigmas, su constitución psicopática especial, no existe".

(25) BERNHEIM: *Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie* en "Bulletin Médical", 1902, pág. 937.
(26) BERNHEIM: *Conception du mot hystérie. Critique des doctrines actuelles.* París. 1904.

Lo esencial en las ideas de Bernheim se refiere a la etiología y a la nosología de la histeria; pone la sugestibilidad como causa esencial y niega los tipos clínicos establecidos en la Salpétriére, aunque confirma y acentúa el carácter psíquico de sus accidentes.

*

Mientras Janet ha procurado profundizar el análisis psicofisiológico de los fenómenos histéricos, deteniéndose en lo inconsciente y en el automatismo psicológico, Freud y Breuer se han especializado en el análisis de sus causas, dentro de un cuerpo de doctrinas aplicable a todas las psiconeurosis y conocido con el nombre de "psicoanálisis". Desde el punto de vista metodológico no difiere del análisis psicológico minuciosamente practicado por todos los buenos alienistas, de acuerdo con su habilidad e ingenio personales; su característica consiste en especializar el análisis sobre la vida emotivo-sexual de los enfermos, suponiendo que en ella deben hallarse los rastros inconscientes de sus más hondos desequilibrios psicológicos.

Considera Freud que la vida mental está regida por asociaciones sistemáticas o automatismos funcionales, constituídos por tendencias conscientes o subconscientes. verdaderos "complexus" de representaciones, sentimientos e impulsos. Estas tendencias obran constantemente desde la sombra y son de naturaleza primitivamente sexual; representan la "libido", es decir el instinto erótico, el hambre sexual no localizada.

La personalidad consciente del sujeto lucha constantemente por reprimir esas tendencias instintivas y del choque se originan los síntomas mórbidos; cuanto mayor es la resistencia que se le opone, más violenta es la reacción de la "libido", acabando el instinto inconsciente por determinar desequilibrios en la personalidad consciente.

Entre esos desequilibrios, que serían los síntomas de las psicosis y neurosis, quedan incluídos los fenómenos histéricos, que vendrían a ser la expresión de ideas fijas impuestas a lo consciente por lo subconsciente sexual.

La histeria sería para Freud el resultado de un choque moral o traumatismo psíquico, cuya reminiscencia o recuerdo tendría un intenso carácter emotivo y provocaría las crisis histéricas.

Las emociones se acompañan de reacciones constituídas por reflejos voluntarios o involuntarios; cuando las emociones no han sido seguidas por una reacción suficiente ("excitaciones sin desahogo"), los sujetos quedan en tensión y eso determina perturbadoras influencias instintivas sobre la personalidad consciente. La causa de los fenómenos histéricos consistiría, pues, en "reacciones emotivas contenidas" que siguen influyendo subconscientemente sobre la personalidad, desequilibrándola, disociándola. De esa patogenia deduce Freud el tratamiento, que se reduce a una verdadera confesión médica, hábilmente conducida: los síntomas histéricos desaparecerían definitivamente cuando se llegara a despertar en los sujetos recuerdos claros de los hechos que motivaron la primera crisis y se les diera oportunidad de desahogar en el relato la emoción contenida. Se trata,—hablando en términos llanos,—de proporcionar a los enfermos un desahogo verbal de sus traumatismos morales inconscientes, tratando de hacerlos conscientes y de volver la personalidad a su equilibrio. Es indudable que este auto-análisis de los histéricos puede contribuir a la reasociación de lo consciente y lo inconsciente, puestos en pugna por el choque emotivo; pero se trata de un método no exento de peligros, en cuanto el exceso de análisis puede conducir a un refinamiento de la "libido" y ser de consecuencias nocivas en el porvenir.

Fácil es comprender que en esta concepción psico-sexual ha resurgido, con sabia vestidura médico-psicológica, la vieja teoría uterina de la histeria. Esta enfermedad sería la transformación, por un mecanismo de simbolización, de los rastros del instinto sexual en síntomas somáticos, que serían verdaderas reacciones reflejas anormales en que desbordarían las reacciones emotivas contenidas; esos síntomas tenderían a persistir hasta que las tendencias inconscientes que los determinan se hicieran conscientes y se reasociaran a su verdadero origen. Las ideas fijas de los histéricos serían el resultado de traumatismos afectivos; sus desequilibrios provendrían de coacciones contra el instinto.

Es indispensable agregar que Freud y sus secuaces parecen deleitarse singularmente en la exposición de sus ideas, dándoles proyecciones ajenas a la medicina y resbalando a un terreno demasiado práctico y mundano.

*

Mientras Bernheim ha intentado la revisión clínica de la histeria, Janet ha procurado analizar las condiciones psicofisiológicas en que se producen los síntomas de la enfermedad. Estudiando los fenómenos de disociación de la personalidad en los histéricos, ya señalados por Myers (27), Janet llegó a pensar que "este hecho debe jugar en la histeria un rol tan capital como la asociación en la psicología normal" (28). Escribía poco tiempo después: "El carácter culminante en esa enfermedad de la desagregación mental es la formación, en la psiquis, de dos grupos de fenómenos; el uno constituye la personalidad ordinaria; el otro, susceptible de subdividirse a su vez, forma una personalidad anormal, diferente de

(27) Ver: MYERS, en las Actas de la *Society for psychical researches* comunicaciones sobre la conciencia subliminal 1892 y 1893.
(28) PIERRE JANET: *En Revue Philosophique*, 1887, Vol. I, pág. 472.

la primera y completamente ignorada por ella'' (29). Siguiendo ese rastro, muchos autores estudiaron las desagregaciones de la personalidad; uno de ellos, Jules Janet, dió la siguiente expresión clara y concreta a toda la teoría: "El estado incompleto de la personalidad primera constituye las taras histéricas (o estigmas permanentes); permite la acción desordenada de la personalidad segunda, es decir, los accidentes histéricos. La segunda personalidad, siempre oculta detrás de la primera, tanto más fuerte cuanto ésta es más débil, aprovecha la menor ocasión para voltearla y salir a plena luz''. (30).

Pierre Janet, por fin, da esta última expresión de su teoría, resumiendo todas las conclusiones fundamentales de uno de sus libros más leídos: ''La histeria es una enfermedad mental perteneciente al grupo considerable de las enfermedades por debilidad, por agotamiento cerebral; sólo tiene síntomas físicos muy vagos, consistentes sobre todo en un descenso general de la nutrición; se caracteriza principalmente por los síntomas morales; predomina un debilitamiento de la facultad de síntesis psicológica, una abulia, un estrechamiento del campo de la conciencia que se manifiesta de una manera particular: cierto número de fenómenos elementales, sensaciones e imágenes, dejan de ser percibidos y parecen ajenos a la percepción personal; resulta una tendencia a la división permanente y completa de la personalidad, a la formación de muchos grupos independientes los unos de los otros; esos sistemas de hechos psicológicos alternan entre sí o coexisten; en fin, esa falta de síntesis favorece la formación de ciertas ideas parásitas, desarrolladas completamente fuera del contralor de la conciencia perso-

(29) IDEM: *Automatisme Psychologique*, pág. 362.
(30) JULES JANET: *En Revue Scientifique: Hystérie et hypnotisme*, etc., 1888, vol. I.

nal, manifestándose por variados trastornos de apariencia puramente física.'' Si quisiera resumirse en pocas palabras esa definición un tanto compleja, podría decirse: ''La histeria es una forma de desagregación mental caracterizada por la tendencia al desdoblamiento permanente y completo de la personalidad'' (31).

Fácilmente se advierte que este análisis psicológico de la personalidad y de los accidentes histéricos se desenvuelve en un plano distinto de las descripciones clínicas de la época de Charcot; pero, adviértase bien, el propósito esencial de Janet no es rectificar al maestro, sino trasladar a un terreno más delicado y analítico el problema de su explicación patogénica.

*

Grasset, en cambio, se detiene a establecer una distinción que juzga necesaria entre lo psíquico y lo mental; desea separar lo consciente de lo inconsciente y no vacila en distinguir dos clases de psiquismo.

Fundándose en esa misma disociación de las funciones psíquicas analizada por Janet, establece dos verdaderas ''categorías'' de actividades psicológicas. La una es superior, consciente, propia de los fenómenos mentales; la otra es inferior, automática, propia de los actos psíquicos.

Da el nombre de psíquico a todo acto cortical que implica pensamiento, intelectualidad, psiquismo en cualquier grado; pero distingue un psiquismo superior y un psiquismo inferior. Toda la corteza es psíquica. En cambio sólo considera mentales a los fenómenos o trastornos que afectan el psiquismo superior. De allí deduce estas proposiciones: todo lo que es psíquico no es necesariamente mental; una enfermedad psíquica no es necesaria-

(31) P. JANET: *Les accidents mentales des hystériques;* Conclusión, pág. 200.

mente una enfermedad mental; si se mantiene automática no es mental. Así, por ejemplo, el histérico es siempre un psíquico, y no es siempre un mental. En la histeria hay siempre trastornos del psiquismo inferior (poligonal); si al mismo tiempo hay trastornos del psiquismo superior (centro O) es una complicación: el histérico se convierte en alienado. Por esto Grasset cree que debe insistirse en ese distingo: la histeria no es una enfermedad mental, sino una enfermedad psíquica (32).

No se trata, como se ve, de una interpretación patogénica de la histeria, sino, más bien, de una distinción dialéctica entre dos clases de fenómenos que la experiencia muestra siempre íntimamente compenetrados: los conscientes y los inconscientes. Harto sabido es ya que lo inconsciente puede hacerse consciente en determinadas condiciones, y vice versa; la división que hace Grasset entre psiquismo superior consciente y psiquismo inferior insconciente sólo puede explicarse por su deseo de dar una expresión psicológica al dualismo filosófico, dejando cabida en el primero para la hipótesis teológica del alma y subordinando el segundo a las funciones materiales del cuerpo. Ello explica, asimismo, ciertas capciosas reservas dialécticas que enmarañan sus escritos sobre biología y psicología.

*

Las ideas sostenidas por Bernheim han encontrado desde hace tres años (1901) un sólido apoyo en algunas publicaciones del profesor Babinsky. Siendo jefe de clínica de Charcot, en 1885, llamó su atención la inconstancia y la variabilidad de los *estigmas permanentes* de la histeria, hecho que le llevó a dudar de su valor patognomónico; poco a poco, por ese camino, se ha inclinado a

(32) Ver GRASSET: *Leçons de Clinique Médicale*, Serie IV, pág. 737. Ver también: *Le Spiritisme devant la Science*, *Hypnotisme et Suggestión*, etc.

creer, como Bernheim, que ellos carecen de significación y que deben atribuirse a la sugestión del mismo enfermo. En 1900 dió la siguiente definición de la histeria: "Es un estado psíquico que permite autosugestionarse al sujeto que lo posee. Se manifiesta, principalmente, por trastornos primitivos, y accesoriamente por algunas perturbaciones secundarias. Los trastornos primitivos se caracterizan por la posibilidad de reproducirlos, mediante la sugestión, en algunos sujetos con rigurosa exactitud, y de hacerlos desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión. Los trastornos secundarios se caracterizan por estar estrictamente subordinados a los trastornos primitivos" (33).

Recientemente, desarrollando esas ideas, ha comenzado Babinsky la revisión clínica de la histeria clásica, observando que muchos de los estigmas y accidentes que se le atribuían nada tenían de histéricos, debiéndose a errores de diagnóstico o a observaciones incompletas. Niega que existan estigmas fijos y permanentes; atribuye a la simulación muchos de los accidentes que se consideraban más característicos.

Frente a la psicoterapia, los llamados fenómenos histéricos se reparten en tres grupos:

1.° Fenómenos histéricos propiamente dichos, que curan por la persuasión;

2.° Fenómenos emotivos, que no desaparecen por la persuasión;

3.° Fenómenos reflejos.

Los primeros poseen todos este doble carácter: aparecen y curan por sugestión ("nacen por sugestión y curan por persuasión"). Y es necesario agregar que *siempre* poseen esos caracteres y que *nunca* dejan de poseerlos.

(33) BABINSKY: *Définition de l'hystérie.—Compte-rendus de la Société de Neurologie*, París 1900.

Fácil es advertir que las ideas de Babinsky se acercan tanto más a las de Bernheim cuanto más se apartan de las de Charcot; y no parece difícil pronosticar que la concepción clínica de la histeria tiende a salir de los cuadros clásicos de la Salpétriére. En su reciente volumen sobre las enfermedades nerviosas, Vires se enrola en la misma corriente de ideas: "La histeria es un sindroma mental, debido a la desatención, al no control de los neurones superiores de asociación, neurones mentales. Estos, sitio y depósito de los recuerdos e imágenes anteriormente adquiridas, mediante las cuales se elaboran los procesos psíquicos, por autosugestión del enfermo y bajo la influencia de una idea fija primordial, determinan ideas secundarias siempre subconscientes, y gracias a causas múltiples provocan recuerdos obsesivos, emociones normales intensas, traumatismos, perturbaciones cenestésicas, sensoriales, motrices e intelectuales, múltiples" (34).

Es importante señalar que las ideas de Bernheim y Babinsky, aunque contrarias a la concepción *clínica* de Charcot, representan un perfeccionamiento de su concepción psicológica; tienden, en efecto, a corroborar este hecho fundamental: la histeria es una enfermedad esencialmente psíquica o psicológica, por lo mismo que nace por sugestión y cura por persuasión.

*

Desde un punto de vista muy distinto—más *psicofisiológico,* sin duda—ha tratado la cuestión Paul Sollier, intentando poner un substratum anatómico a los fenómenos histéricos. El insomnio rebelde y absoluto de estos enfermos, llamó la atención del autor; el hombre normal resiste menos al insomnio que a la inanición. Algunos

(34) VIRES: *Maladies nerveuses*, pág. 267.

hechos clínicos y experimentales permitiéronle atribuir el insomnio de los histéricos a que éstos viven sumergidos en estado de sueño patológico; en razón de que éste deja a los enfermos en aparente vigilia, propuso llamarle "vigilambulismo".

Si los histéricos no duermen el sueño normal, es porque habitualmente duermen otro sueño u otros *sueños parciales* (conviene tomar la palabra "sueño" en el sentido de suspensión de funcionamiento, abotagamiento). Estos no afectan al mismo tiempo todo el cerebro, pero invaden sucesivamente los diversos centros funcionales; esos sueños parciales son idénticos al que determina el estado de vigilambulismo completo. Cada centro cerebral dormido deja de funcionar, produciendo trastornos en la esfera orgánica correspondiente: anestesias, parálisis, etcétera. Este sueño o aletargamiento cerebral, por los numerosos grados de intensidad y las variaciones más o menos rápidas que puede revestir, por la variedad de los centros afectados, sucesiva o simultáneamente, permite comprender los matices y combinaciones indefinidas que presentan los síntomas histéricos.

La anestesia es el signo objetivo revelador del sueño cerebral. Cuando un punto cualquiera del cerebro está dormido, la sensibilidad superficial o profunda de la región que está bajo su dependencia, es modificada, disminuída, pervertida o abolida. Por una ley absoluta, a toda anestesia periférica corresponde un estado de inhibición o de hipofunción del centro cerebral correspondiente; cuanto más se extiende la anestesia, tanto más el sueño histérico se ha extendido en el cerebro; cuanto más intensa es la anestesia más profundo es el sueño. De todo ello podrían deducirse estas tres proposiciones: 1.ª La histeria está, en realidad, compuesta por una agregación y combinación de histerias locales. 2.ª El sueño cerebral y la anestesia son hechos equivalentes,

pues basta despertar por completo a una histérica para devolverle la sensibilidad, e inversamente. 3.ª A toda anestesia acentuada, de un órgano o de un miembro, corresponde una anestesia con punto doloroso en cierta región del cráneo, correspondiente a su vez a una anestesia limitada del cerebro. Esta última proposición, si fuera indiscutible, tendría inmensas proyecciones fisiopatológicas: demostrando la experimentación que esos puntos dolorosos craneanos corresponden a la región cerebral donde reside su centro funcional, cuando se trata de regiones periféricas cuyos centros cerebrales son ya conocidos, podría inducirse que debe ocurrir lo mismo con los centros viscerales, etc.: se tendría, así, un medio para descubrir el centro cerebral de los diversos órganos. Sollier cree haber determinado ya los centros del larinx, pulmones, órganos genitales, corazón, estómago, vejiga e intestinos. Por fin, ha intentado resumir su definición de la histeria en los términos siguientes, que deberían involucrar la explicación de todas las perturbaciones histéricas: "La histeria es un trastorno físico, funcional del cerebro, que consiste en un abotagamiento o sueño, localizado o generalizado, pasajero o permanente de los centros cerebrales, traduciéndose por consiguiente, según los centros afectados, por manifestaciones vasomotrices o tróficas, viscerales, sensoriales y sensitivas, motrices y psíquicas; según sus variaciones, su grado y su duración, exteriorizada por crisis transitorias, estigmas permanentes o accidentes paroxísticos. Los histéricos son simples vigilámbulos, cuyo estado de sueño es más o menos profundo, más o menos extendido." (35).

(35) SOLLIER: *Genèse et nature de l'hystérie* 1897.—*L'Hystérie et son traitement*, 1903—Edit. Alcan, París.—*Théorie physiologique de l'Hystérie*, en el *Journal de Nevrologie*, Enero, 1904.

## IV. — Conclusiones sobre la naturaleza y patogenia de la histeria

Las doctrinas e interpretaciones recientísimas, que acabamos de reseñar, permiten ver que la histeria clásica de la Salpétriére pasa por un período de crítica que acabará por modificar su concepción clínica. Pero es justo confesar que ninguna de las nuevas concepciones propuestas ha llegado todavía a definirse en una forma tal que se imponga a todos los estudiosos.

Es evidente que los autores mencionados, los unos en defensa de su "escuela" (Janet de la Salpétriére, Bernheim de Nancy), los otros por acentuar su "originalidad" personal (como Babinsky o Freud) o por consecuencia con sus doctrinas filosóficas (Grasset dualista o Sollier monista), en vez de buscar lo que hay de común en sus ideas respectivas, se empeñan en acentuar lo que en ellas es diferente o inconciliable. Y como polemizan siempre, no omiten esfuerzo para aumentar su desacuerdo.

Nosotros, haciendo labor sintética y no teniendo que defender actitudes doctrinarias ajenas a nuestra propia experiencia, consideramos que los hechos aducidos por las diversas teorías, aunque a menudo diferentes, no son siempre contradictorios, nunca excluyentes, rara vez antitéticos.

Como resultado de nuestra labor de investigación crítica, y de no escasa experiencia clínica y terapéutica, creemos poder afirmar las siguientes conclusiones, de valor esencial en el estudio de este problema:

1.ª Hay una base de ideas fundamentales, común a las teorías en pugna.

2.ª Las diversas concepciones actuales de la histeria no son necesariamente contradictorias.

3.ª Algunas implican una revisión clínica, esencialmente descriptiva; otras divergen sobre la importancia atribuída a los factores determinantes; otras, en fin, se refieren a la interpretación fisiopatológica de la enfermedad misma. Nada se opone a la concordancia de esas diversas teorías sobre ciertos puntos; en muchos aspectos ellas se complementan recíprocamente.

Veamos cómo pueden deducirse tales conclusiones.

*

En primer término, está definitivamente adquirida la noción de que la histeria es una enfermedad del sistema nervioso; detrás de esa conclusión general puede precisarse otra particular: es una enfermedad del cerebro. Dentro de las diversas manifestaciones fundamentales de la actividad cerebral, algunas revisten un carácter propio, distinto de la actividad automática inferior o refleja: la actividad psíquica, el psiquismo. La histeria es una enfermedad psíquica, como se afirma desde Charcot; una enfermedad del psiquismo, usando el lenguaje de Grasset.

Desde este punto de vista las ideas de Bernheim y Babinsky son un simple desarrollo de ese mismo concepto; si algo suele objetárseles, es que lo exageran. No se concibe nada más psíquico (y menos "orgánico", dentro de la terminología clínica) que la sugestión o la persuasión. ¿Pueden significar otra cosa los que definen la histeria como una "enfermedad por representación", como Moebius y Strumpell? ¿Y no es una enfermedad psíquica la "simbolización" de estados afectivos precedentes, que pretende Freud? ¿Y niega que lo sea, Sollier, cuando procura determinar las localizaciones cerebrales de las manifestaciones de la enfermedad?

Es evidente que, en cualquiera de esas hipótesis, la histeria sigue siendo una perturbación psíquica, éntrese

o no a distinguir entre lo psíquico (general) y lo mental (particular), sea cual fuere su cuadro clínico, sea cual fuere su etiología.

*

Las discusiones sobre el valor de las causas están mal planteadas.

¿La histeria es una "neurosis" con "estigmas" permanentes? Las disputas giran en torno del valor que se atribuye al término "neurosis". Si se lo entiende como estado o predisposición neuropática, es evidente que nadie lo niega; lo que llama Bernheim "diátesis histerógena" es eso mismo y equivale a ella el "carácter hiperemotivo" de Freud. En cuanto a los "estigmas" permanentes, son pocos los autores que les atribuyen su primitiva importancia patognomónica y muchos niegan su existencia.

Se admite la posibilidad de que las causas emotivas o traumatismos psíquicos provoquen fenómenos histéricos; dentro de este concepto general las ideas de Freud son un simple caso particular, destinado a acentuar la importancia etiológica de las emociones que se relacionan con el instinto sexual.

Cuando se afirma la importancia de las condiciones viscerales y tróficas en la determinación de la histeria, como hace Sollier, no se excluye el valor de la predisposición neuropática, de las emociones y del instinto sexual; ¿acaso éstas no están condicionadas por la actividad trófica y visceral?

Todo ello concurre a constituir la personalidad histérica: la herencia neuropática, la emotividad, las perturbaciones tróficas, la educación individual. Y es sobre ese fondo predisponente que obran las causas ocasionales, las que rompen el equilibrio en un momento dado; causas que podemos llamar "psíquicas", en la más lata acepción, ya que no concebimos estados emotivos sin re-

presentación intelectual ni estados intelectuales sin tono afectivo. Nos parece ociosa la discusión sobre el origen "sugestivo" o "emotivo" de los fenómenos histéricos; ello equivale a discutir sobre si es intelectual o afectivo, representativo o sentimental. Son disputas de palabras que permiten a cada autor defender sus posiciones previamente tomadas, olvidando que el análisis psicológico solamente nos revela fenómenos psíquicos siempre complejos, siempre emotivo-representativos, siempre intelectivo-afectivos.

Para pensar de otro modo tendríamos que volver a la famosa tripartición funcional del alma en facultades independientes; sólo así pueden concebirse estados afectivos sin representación, y estados intelectuales sin tono afectivo.

Lo esencial en las ideas de Janet es el concepto de la "desagregación funcional": el síntoma histérico revela que uno o más centros funcionales están disociados o disgregados de la personalidad. Es evidente que Janet ha llevado el análisis de esas disgregaciones psicológicas a un terreno insospechado en tiempos de Charcot.

Es visible que su método de análisis psicológico es más fecundo que el "psico-análisis" de Freud, aunque este último se especialice en la investigación de los antecedentes eróticos que considera más importantes como causas de la histeria.

La noción de la disociación funcional de los centros cerebrales es perfectamente compatible con las ideas de Bernheim y Babinsky; bastaría considerar que la sugestión obra produciendo la disociación funcional y cura provocando la reasociación de los centros disociados. Ello es independiente de su origen espontáneo o provocado y de la extensión que se atribuye a los síntomas histéricos verdaderos.

Concediendo—porque es legítimo—que muchos caracteres clínicos de la histeria clásica eran provocados por sugestión, eso no quita que fueran disociaciones sugestivas; las ideas clínicas de Bernheim son compatibles con la explicación fisiológica de Janet.

Y concediendo, también, que muchos síntomas atribuídos a la histeria no le correspondan, pues no nacen por sugestión ni curan por persuasión, es visible que la explicación de Janet podría seguir siendo válida para los accidentes histéricos que reunieran las condiciones exigidas por Babinsky. La cuestión consistiría en limitar con exactitud los límites de los fenómenos histéricos.

*

La actividad psíquica es la expresión funcional de los centros nerviosos; su perturbación no puede ser independiente del trastorno funcional de esos centros. Si sus accidentes pueden producirse por medio de la sugestión o la imaginación, ello no significa que los accidentes son autónomos de toda perturbación orgánica; es legítimo pensar que esos factores obran produciendo un desequilibrio funcional en los centros cerebrales, el cual se traduce por una irritación particular o un eretismo especial de los centros, exaltando o pervirtiendo las diferentes manifestaciones de la actividad nerviosa, ya se trate de reacciones sensoriales, motrices o psíquicas.

¿Cuál es la perturbación cerebral de la histeria? Es absurda la idea de trastornos psicológicos abstractos, sin substratum anatómico; es necesario admitir un cambio molecular en los neurones mismos, el cual produciría el eretismo o la suspensión funcional de los diversos centros. Nos parece que, en realidad, las teorías de Janet y de Sollier sólo son contradictorias por la terminología usada para expresarlas. Janet no puede negar que las causas psicológicas (emociones, sugestión, etc.) obran sobre

los centros del cerebro produciendo determinadas actividades de los neurones; cuando se dice imaginación, sugestión, distracción, se trata de desequilibrios materiales producidos en los centros nerviosos. Fenómenos psicológicos *sine materia* no caben dentro de la psicología fisiológica; una sugestión aceptada, una distracción, un fenómeno imaginativo, implica movimientos o permutas químicas en determinados centros nerviosos, representa articulaciones y desarticulaciones de los prolongamientos protoplasmáticos de los neurones. Si negáramos esto caeríamos en el animismo, imputando a un "alma" espiritual e inmaterial las diversas formas de actividad propias de los centros psíquicos.

En este sentido las ideas de Sollier son más satisfactorias desde el punto de vista patogénico. Si con Bernheim y Babinsky se depuró el cuadro clínico de la histeria, si con Janet se adelantó el análisis psicológico de sus perturbaciones funcionales, con Sollier entramos a indagar la base fisiológica de esos procesos psicológicos.

Evidentemente, el término *sueño cerebral*—o mejor dicho, "sueños cerebrales",—que sintetizaría la patogenia de la histeria, debe tomarse en un sentido genérico: astenia, abotagamiento, torpeza, siempre que determine una *suspensión de funcionamiento*. Si se admite, (Sollier no lo niega) que ese sueño de los centros cerebrales puede ser más o menos parcial o generalizado, localizándose y alternándose en centros funcionales cuya autonomía es indiscutida, esta concepción sería aplicable a los trastornos psicológicos descritos por Janet: desdoblamientos de la personalidad, debilitación de la síntesis psicológica, abulias, estrechamientos del campo de la conciencia, etc. La patogenia de la "desagregación mental", hecho clínico predominante según Janet, puede explicarse, precisamente, por sueños cerebrales más o menos

localizados y alternantes, más o menos fugaces o persistentes.

*

La fisiología patológica de la histeria, sin estar resuelta, puede explicarse dentro de rigurosas nociones de patología cerebral. Se trata, necesariamente, de perturbaciones vasculares o microquímicas, subordinadas a las causas complejas que constituyen la etiología de la histeria: esos trastornos vasculares o microquímicos adormecen los centros histericados, en el sentido de suprimir su función activa o inhibidora. En cuanto a la naturaleza de esos procesos íntimos de los centros nerviosos, sería harta exigencia pretender llegar a su causa última. ¿Sabemos, acaso, cuáles modificaciones tróficas o vasomotrices acompañan el sueño normal? Muchos creen que es la anemia, algunos pretendían que era la congestión. Y, en cualquiera de esos casos, ¿el fenómeno vasomotor es un efecto o una causa?—Efecto, sin duda alguna.—¿Y las causas de ese efecto? ¿residen en modificaciones de los cambios respiratorios o en una autointoxicación por órgano-toxinas, semejantes a las producidas en todos los procesos de fatiga?

Si tantos interrogantes caben para el sueño fisiológico, fuera osadía pedir respuesta a los que podrían formularse para el sueño patológico.

En rigor, algunos argumentos de Sollier en favor de su teoría son deductivos. La prueba de que la histérica duerme estaría en que podemos despertarla; la curamos despertándola: luego duerme. Sollier considera que la terapéutica confirma totalmente sus ideas sobre la fisiopatología.

Considera Ad. Bain, con razón (36) que el ideal sería poder formular este silogismo:

(36) A. Baín: *De l'autoreprésentation chez les hystériques.* — París, 1898

—Bajo la influencia de causas conocidas, y en determinadas condiciones, está debidamente comprobado que el neurón cerebral retrae sus prolongamientos dendríticos y cilindraxial, y esto constituye el sueño.

—La experimentación o la anatomía patológica nos permiten comprobar que el neurón se comporta de igual modo en la histeria, bajo la influencia de causas análogas.

—Luego la histeria es también un sueño de los centros nerviosos y su tratamiento debe consistir en despertarlos.

La medicina está lejos aún, desgraciadamente, de tan hermosa exactitud, en cuanto se refiere a la patogenia de las enfermedades. Fuera ironía que la histeria, el clásico ''proteo que se presenta bajo tantas y tan combinadas fases como el camaleón'', inaugurase el ascenso de la nosología al dominio de las ciencias exactas...

Bástenos lo mucho que se ha adelantado en su concepción; sirva ello de estímulo para insistir con pertinacia en el desciframiento de sus actuales interrogantes. Mirando hacia atrás, remontando el pensamiento a las primitivas concepciones místicas y genitales, puede verse que el largo camino no ha sido estéril, infecundo. Y ello nos alienta a contribuir con nuestra experiencia personal al perfeccionamiento de las doctrinas que en esta hora se proponen renovar la concepción y la patogenia de la gran neurosis.

## ABULIA HISTÉRICA Y DIPSOMANIA

I. La abulia de los bebedores. — II. Reeducación sugestiva III. Abulia histérica y dipsomanía — IV. Caracteres de la enfermedad — V. Tratamiento psicoterápico.

### I.—La abulia de los bebedores

Corresponden a Berillón, de París, los primeros ensayos sobre el tratamiento del alcoholismo habitual por la sugestión hipnótica.

Los bebedores consuetudinarios son, a menudo, sujetos sin voluntad; ese estado de abulia es fundamental en su personalidad; desde la infancia suele notarse en ellos una tendencia a la apatía, la irresolución, la pereza, la timidez, la falta de atención, y sobre todo a la hipersugestibilidad. Sobre ese fondo de abulia, predisponente, pueden actuar diversas circunstancias: enfermedades infecciosas, choques físicos, influencias morales; entre estas últimas podrían enumerarse las emociones depresivas, amores contrariados, desacuerdos domésticos, desgracias conyugales, pérdida de seres queridos, desastres financieros, etc. Obrando estas circunstancias sobre la predisposición aludida, resulta un trastorno psicológico profundo que se traduce esencialmente por la aparición o intensificación de la abulia; el individuo tiene conciencia de su apatía y de su incapacidad para la acción, declarando que solamente se en-

cuentra bien cuando está bajo la influencia del excitante alcohólico, recibiendo la ilusión de la vuelta momentánea de su energía y de su voluntad. En suma, el estado mental de estos enfermos está caracterizado principalmente por el sindroma de la *abulia*, constituído con anterioridad a los hábitos de intemperancia, sirviendo de base para su desarrollo, y exagerándose después por la misma intoxicación alcohólica (1).

Partiendo de esa premisa cabe inducir, lógicamente, que la curación del alcoholismo habitual debe proponerse corregir la abulia de los bebedores, haciéndolos capaces de inhibir los impulsos que los arrastran a beber, no obstante su propósito de no hacerlo y la plena conciencia del peligro que el alcohol entraña para su salud física y mental.

## II.—Reeducación sugestiva.

¿Cómo educar la voluntad de estos enfermos? Además de las reglas higiénico-terapéuticas aplicables a todos los enfermos mentales, ha sido necesario recurrir a la psicoterapia, en las diversas formas de la sugestión, en vigilia e hipnótica, reforzándola con ciertos procedimientos mecánicos destinados a objetivar las sugestiones.

La propaganda antialcohólica, en sus formas individual y colectiva, propende a la sugestión contra el alcoholismo por los procedimientos más fácilmente generalizables: convencer de sus peligros e inspirar una repulsión defensiva contra el temible veneno. Pero estas formas difusas de la sugestión ganan en amplitud lo que pierden en intensidad.

(1) Ver Berillón.—"*L'aboulie des buveurs d'habitude*" *Rev. de l'hipnotisme*, Junio 1902.

La sugestión oral, en vigilia, tampoco ejerce una acción suficiente sobre la voluntad de los bebedores consuetudinarios; convencidos *en frío* de la necesidad de evitar la acción del veneno, carecen de voluntad cuando llega el momento de poner en práctica sus buenas intenciones.

Más intensa en sus efectos, y por tanto más eficaz en sus resultados, es la sugestión durante el sueño hipnótico. Puede revestir dos formas. Simple la primera, limitada a sugestiones verbales, a órdenes impartidas al enfermo con el fin de impedirle beber o de inducirle a no tener deseos; es de escasa eficacia, pues los bebedores suelen tener tan intensa abulia, que el impulso dipsómano reaparece ante la ocasión propicia. La segunda forma de la sugestión durante el sueño hipnótico es compleja, asociándose con procedimientos mecánicos que constituyen una verdadera mecanoterapia sugestiva. He aquí sintetizado en el párrafo siguiente, el método usado por Berillón:

"Limitándose a sugerir al enfermo, durante el sueño hipnótico, que no beba más, ya pueden obtenerse resultados satisfactorios. Pero el procedimiento, para ser aplicado con su máxima eficacia, requiere el empleo de ciertos artificios que hemos sido los primeros en señalar. Esos artificios consisten, esencialmente, en la creación de centros inhibidores mediante diversas acciones psicomecánicas. Por ejemplo, después de hipnotizado el enfermo, podéis poner en su mano un vaso lleno de bebida alcohólica. Lo invitáis entonces a llevar el vaso a la boca, pero antes de que pueda realizar ese ejercicio detenéis su brazo, sujetándolo fuertemente. Inmovilizado así su miembro, le hacéis la siguiente sugestión: "Cada vez que tendréis en la mano un vaso de una bebida alcohólica, sentiréis en este mismo sitio una resistencia igual a la presente; vuestro brazo estará absolu-

tamente paralizado para la ejecución del movimiento que consiste en llevar un vaso a vuestra boca y estaréis obligado a dejar el vaso sin haber bebido". Este ejercicio se repite varias veces. En una palabra, se determina en el enfermo una verdadera "parálisis psíquica" que debe reproducirse por sugestión posthipnótica cada vez que él quiera llevar a la boca un vaso de bebida alcohólica. Los artificios para crear estos centros de inhibición psíquica son numerosos; aumentan considerablemente la eficacia de la sugestión hipnótica. Desde que los usamos, la proporción de curaciones ha aumentado considerablemente"(2).

Hemos comprobado experimentalmente la eficacia del procedimiento en varios enfermos del Hospital San Roque; pero debemos reconocer que sólo es aplicable a un pequeño número de alcoholistas. En su gran mayoría, estos sujetos no aceptan ni permiten que se intente hipnotizarlos; además de los recalcitrantes, deben excluirse los que se prestan al tratamiento pero no son hipnotizables, ni aun en los grados más ligeros de la hipnosis, aunque la sugestibilidad es eminentemente educable y no debe desmayarse ante los primeros fracasos. También conviene recordar que influye mucho la autoridad moral del hipnotizador sobre el enfermo y sus aptitudes personales, sólo adquiribles mediante una larga experiencia.

Queda una minoría de alcoholistas consuetudinarios hipnotizables y que consienten ser hipnotizados. En éstos el tratamiento de Berillón da excelentes resultados; varían mucho las estadísticas de casos curados, desde 40 por 100 (Rybakoff) hasta 75 por 100 (Tokarsky), y aun más, según opiniones de otros autores, aunque no acompañadas de estadísticas severas y rigurosas.

(2) BERILLON: *Le Traitement par la suggestion hypnotique de l'aboulie des buveurs d'habitude*.—Comunicación al Congreso de Grenoble, 1902.

Nuestra experiencia personal nos inclina a ser menos optimistas. Sea como fuere, ante la insuficiencia de los demás procedimientos curativos del alcoholismo consuetudinario y la dipsomanía, los resultados del tratamiento por la sugestión hipnótica son dignos de tenerse en cuenta e inducen a perseverar en esa vía.

## II.—Abulia histérica y dipsomanía

En Julio de 1903 concurrió a consultarnos una señora, ya entrada en años, manifestándonos que tenía una hija alienada, con manía histérica y dipsomanía, asilada en el Hospital Nacional de Alienadas desde cinco meses. Deseaba se ensayara en su hija el tratamiento sugestivo a cuyo objeto nos instó le diéramos seguridades acerca de la eficacia del tratamiento; sin darle ninguna certeza del resultado, no obstante tratarse de una histérica y presumirse el buen éxito, le indicamos condujera la enferma al consultorio externo de la clínica neuropatológica del Hospital San Roque.

Allí se recogieron los siguientes anamnésticos:

Soltera, de veintisiete años, ocupada en quehaceres domésticos, de posición social modesta; se encuentra en excelente estado de nutrición. Su padre ha muerto cuando ella tenía quince años; era alcoholista crónico, pero hasta su muerte pudo ocuparse en trabajos de carpintería, sin que obstaran a ello fenómenos mentales de ninguna clase. Su madre sufre de asma y es reumática, a punto de serle difícil desempeñar las más sencillas labores domésticas y no resistir ninguna agitación o fatiga física. La enferma es hija única; nada sabemos de sus ascendientes indirectos o colaterales.

Su infancia no se caracterizó por ningún signo de instabilidad mental o carácter inquieto; era de corta

inteligencia, pacífica, poco amiga de juegos y travesuras. La pubertad fué serena; se desarrrolló a los trece años, con toda regularidad y sin molestias de ninguna clase. A la edad de quince años, y con motivo de la muerte de su padre, sufrió varias crisis de llanto paroxístico, verdaderos accesos de la neurosis latente hasta entonces. Dos años más tarde sintió ataques de pequeña histeria, con pérdida fugaz del conocimiento, pero sin fenómenos convulsivos.

Esas crisis persistieron en todo tiempo, aumentando su intensidad y frecuencia con motivo de emociones, surmenage, etc. En el curso de los últimos cuatro años comenzó a sentirse decaída, sin voluntad para nada, presa de una languidez progresiva, con tedio de la vida, harta de su pobreza y de sus nervios. Buscó en vano un lenitivo moral a su decaimiento; sólo cuando tomaba una copa de vino, o pequeñas cantidades de licor, sentíase pasajeramente tonificada. Insensiblemente tornóse alcoholista consuetudinaria; en menos de un año su hábito revistió caracteres impulsivos, francamente dipsomaníacos. La necesidad de beber sobrevenía al apagarse la excitación producida por el alcohol mismo, impulsando a la enferma a cometer toda clase de irregularidades para conseguir su indispensable veneno, hasta hurtar centavos a su propia madre y algunos vecinos para correr al próximo despacho de bebidas, sorbiendo allí, con mórbida voluptuosidad, el trago de ajenjo o de ginebra que devolvía a sus nervios un aparente bienestar, efímero y enfermizo.

Sobrevino lo presumible. La enferma sufrió un acceso maníaco agudo, internándosela en el Hospital Nacional de Alienadas. Allí, con un tratamiento oportuno, se disiparon los síntomas maníacos, quedando muy deprimida y en estado de sensible decadencia mental. El aislamiento y el régimen del asilo atenuaron los fenómenos

histéricos, influyendo notablemente sobre el estado general de la enferma. Instada su madre a retirarla del asilo, se encontró ante la perspectiva de que repitiera su dipsomanía, cuya consecuencia sería una recidiva del estado mental; en ese temor la confirmaron algunas asistentas del asilo, recomendándole que si la llevaba a su casa la cuidara mucho y la mantuviera encerrada, pues persistía en su afán de buscar bebidas alcohólicas.

En estas condiciones la enferma salió del manicomio, con sed de alcohol acumulada durante varios meses. He aquí los datos consignados al examinarla en el consultorio del Hospital San Roque.

## IV. — Caracteres de la enfermedad

No presenta caracteres morfológicos degenerativos. Sus aparatos circulatorios, respiratorio y genital funcionan normalmente; en este último es digna de mencionarse la absoluta ignorancia de la enferma acerca de la sensualidad. Su aparato digestivo sufre toda clase de trastornos funcionales, con temporadas de verdadera gastritis alcohólica aguda.

Los reflejos tendinosos están exagerados; la motilidad y la kinesia son normales; hay temblor fino en los dedos, poco acentuado.. No se observan tics, espasmos ni mioclonias.

Sensibilidad general, tactil, dolorosa y térmica, normal; sólo tiene anestesia faríngea. Campo visual y reflejos pupilares bien; hay ligera dificultad en la percepción diferencial de los colores.

Estado mental decaído. Aspecto imbeciloide; lenguaje reducido a un vocabulario escaso, acompañado de mímica deficiente, pronunciación mal entonada, pereza en la emisión de las palabras. Su conducta es normal, fuera de

la tendencia impulsiva a beber. No obstante su reclusión en el manicomio, la primera preocupación al llegar a su casa fué buscar alguna bebida; como no la encontrara, por haberse previsto el caso, prorrumpió a llorar, diciendo que se le tenía desconfianza al tratarla como a una loca, incapaz de moderar sus propios impulsos dipsomaníacos. Con dificultad pudo su madre impedir que saliera a la calle en busca de bebidas, amenazándola con volverla inmediatamente al manicomio. Al examinarla, esta enferma reconoce que el alcohol es la causa de su desgracia pero agrega que ella no tiene voluntad para resistir al deseo de beber, pues no se considera dueña de sí misma en el momento de su impulso dipsómano; desearía curar y está dispuesta a someterse a cualquier tratamiento, siempre que haya alguna probabilidad de regeneración.

## V.—Tratamiento psicoterápico.

La circunstancia de surgir la dipsomanía sobre un fondo de abulia histérica, favorece singularmente la terapeútica en casos como el actual; en rigor, su dipsomanía es un accidente radicado sobre el terreno de la neurosis, por un estado abúlico de la enferma, y sin duda bajo la influencia de una herencia alcohólica bien manifiesta. La dipsomanía subordínase a la abulia histérica, siendo fácil su tratamiento psicoterápico.

Esta circunstancia, colocándonos ante un sujeto mucho más sugestible que los bebedores habituales no histéricos, nos indujo a ensayar la cura mediante la simple sugestión verbal prehipnótica, sin necesidad de recurrir a las maniobras psicomecánicas aconsejadas por Berillón.

Antes de dormirla, advertimos a la enferma que el tratamiento consistía simplemente en dormir, pues al des-

pertar sentiría repulsión por cualquier bebida alcohólica. De esta manera, tratándose de enfermos dóciles y muy sugestibles, es innecesaria la sugestión verbal *durante* el sueño hipnótico, pudiendo hacerse *previamente;* entonces la hipnotización obra intensificando las sugestiones verbales hechas en vigilia.

La enferma durmió fácilmente, con sueño leve, durante las dos o tres primeras sesiones. En las siguientes, gracias a la educación hipnótica, el sueño fué más profundo; pudimos observar un fenómeno que no hemos visto descrito en las monografías que se ocupan de hipnotización en los alcohólicos.

La enferma, al despertar, después de cinco minutos de sueño hipnótico, sufría una *pituita,* como suele ocurrir a los alcoholistas crónicos al despertar del sueño normal. Al despertarla — dándole palmaditas sobre la mejilla o la frente — la enferma volvía en sí, sobresaltada, con fisonomía de miedo, llevándose las manos al pecho y a la garganta, muequeaba con visible desagrado, como si una sensación molesta le fastidiara las fauces, y en seguida, inclinando lateralmente la cabeza, escupía una bocanada de secresión acuosa, en cantidad de unos 40 gramos, que llegaba a la boca por regurgitación del estómago. Esa *pituita posthipnótica* es una prueba de la profundidad del sueño experimental.

Repitiendo después de cada sesión hipnótica las sugestiones verbales en vigilia, la enferma curó progresivamente de su dipsomanía. Las sesiones fueron dos por semana, durante dos meses; una por semana, durante el tercer mes; dos en el mes siguiente. Ha transcurrido más de un año y no ha habido recidiva.

# OBSESIONES E IDEAS FIJAS

I. Las ideas fijas y las obsesiones en psicopatología — II. Ideas obsesivas en la psicastenia — III. Ideas fijas en la neurastenia — IV. Ideas fijas en la histeria — V. Pronósticos y tratamientos.

## I. — Las ideas fijas y las obsesiones en psicopatología

Pocas cuestiones de patología mental preséntanse en la clínica tan confusamente como las relacionadas con la diferenciación sistemática de estos fenómenos, escalonados desde la idea fija normal hasta el sistema delirante, a través de la idea fija patológica, la obsesión, la fobia, la impulsión mórbida, la concepción delirante aislada y sus diversas combinaciones.

La *histeria* suele jugar un rol importante en la determinación de estos accidentes mentales; dista mucho, sin embargo, de monopolizarlos, como suele creerse cuando se producen en personas del sexo femenino. Las diversas neurosis, y todos los estados degenerativos que afectan las funciones psicológicas, comparten con la histeria el triste privilegio de las obsesiones e ideas fijas. El neurasténico, el epiléptico, el psicasténico, el degenerado mental hereditario, pueden ser presa de estos accidentes mórbidos, generalmente poco graves para la vida del enfermo, pero a menudo gravísimos para su tranquilidad y su bienestar.

Cada autor da su clasificación, barajando a capricho los datos de la semeiología, sin recordar que los esquemas suelen estrellarse contra la realidad clínica, sembrando dudas en quien pretenda encuadrar cada caso clínico dentro de moldes aprioristas. Es más científico, en ciertos momentos, sacrificar todo esquema ante la realidad compleja y ambigua.

Los casos que estudiamos, por sus propios caracteres clínicos y por su comparación en un estudio de conjunto, nos servirán para poner de relieve, con claridad, algunos puntos de semeiología y clínica psiquiátrica, que no dejan, por obscuros, de ser muy interesantes; procuraremos fijar bien el concepto nosológico de las obsesiones como accidente primordial en los psicasténicos, sus diferencias genéticas y evolutivas con las ideas fijas de los histéricos y neurasténicos, las normas del diagnóstico diferencial y los criterios para el tratamiento de elección en cada caso.

*

Antes de estudiar la idea fija histérica, conviene determinar qué debe entenderse por obsesiones, señalando sus manifestaciones psicológicas primitivas, así como la teoría recientemente emitida por Pierre Janet, constituyendo una nueva neurosis, *la psicastenia,* que involucra a las obsesiones en calidad de síntomas primordiales.

Mucho se ha escrito y discutido acerca de las obsesiones; se tropieza con harta confusión en este punto de patología mental, cuando se intenta su estudio detenido. Trataremos, sin embargo, de señalar los grandes jalones de la clínica psiquiátrica y de la psicología patológica, acerca de su concepto nosológico.

J. Falret dió una definición descriptiva de las obsesiones, enunciando caracteres clínicos que, no obstante

ser discutibles, llegaron a hacerse clásicos. Magnan por una parte, y Pitres y Regis por otra, enunciaron dos definiciones que también merecen recordarse. La de Magnan es más sintética; la de Pitres y Regis es sintético-analítica y refleja el criterio general de los psicopatólogos modernos sobre esta cuestión.

J. Falret (1) señaló ocho caracteres clínicos comunes a las obsesiones:

1.° Todas se acompañan de conciencia del estado de enfermedad.

2.° Son hereditarias.

3.° Son esencialmente remitentes, periódicas o intermitentes.

4.° No permanecen aisladas en la mente, en estado monomaníaco, pero se propagan a una esfera extendida de la inteligencia y de la afectividad, acompañándose siempre de angustia y ansiedad, de lucha interior, de indecisión en las ideas y en la conducta, y de síntomas físicos más o menos pronunciados.

5.° Nunca presentan alucinaciones.

6.° Conservan los mismos caracteres psíquicos durante toda la vida de los sujetos, no obstante las frecuentes alternativas de remisión y paroxismo; jamás se transforman en otras enfermedades mentales.

7.° Nunca terminan por la demencia.

8.° Raramente pueden complicarse de delirio persecutorio o delirio melancólico ansioso, en un período avanzado de la enfermedad, aun conservando sus caracteres primitivos.

Excelentes para su tiempo, estos caracteres no son aceptables en la actualidad. Su valor no es absoluto, pues se han observado numerosos hechos clínicos que los contradicen; además, son indeterminados, dejando amplio

(1) J. FALRET: *Comunicación al Congreso de 1889.*

campo para confusiones con fenómenos psicopatológicos semejantes.

Magnan definió la obsesión: un modo de actividad cerebral en el cual una palabra, un pensamiento o una imagen se impone al espíritu, a pesar de la voluntad, con una angustia dolorosa que la hace irresistible.

Pitres y Regis (2) llegan a definirla así: "La obsesión es un sindroma caracterizado por la aparición involuntaria y ansiosa, en la conciencia, de sentimientos o de ideas parásitas que tienden a imponerse al *yo*, evolucionando junto a él no obstante sus esfuerzos para rechazarlos, creando así una variedad de disociación psíquica cuyo último término es el desdoblamiento consciente de la personalidad."

Admitiendo como provisoriamente aceptable esa definición, nos encontramos frente al problema de la causa íntima y fundamental de las obsesiones.

Morel las consideraba trastornos esencialmente *emotivos*, opinión compartida por Berger, Friedreich, Bain, Schule, Wille, Feré, Seglas, Dallemagne, Freud, Heker, Magalhaes, Hartemberg, etc., y principalmente sostenida por Pitres y Regis en su reciente monografía, ya citada; estos autores concluyen que "la obsesión, generalmente, no es más que la forma agravada o intelectualizada de la fobia."

Para Wesphal la obsesión es, ante todo, *intelectual*, siendo el elemento ideativo su síntoma principal, y el elemento emotivo secundario y accesorio. Igual o parecido criterio sostienen Krafft-Ebing, Magnan, Morselli, Buccola, Tamburini, Hack-Tucke, Meynert, Luys, Falret, Griesinger, Legrain, Meschede, etc.

En el Congreso de París, de 1900, Haskovec (3) pro-

(2) PITRES Y REGIS: *Comunicación al Congreso de Moscou.—Les obsessions et les impulsions*, París, 1902.
(3) HASKOVEC: *Contribution a la connaissance des idées obsedantes (compte-rendus.)*

puso un temperamento ecléctico, considerando que los autores se habían dividido en dos bandos por no haber sido bien separadas las fobias de las obsesiones propiamente dichas: Haskovec había encontrado casos cuyas lesiones intelectuales eran francamente primarias, mientras que en la mayoría de los casos tratábase de lesiones afectivas. ''A los primeros pertenecen las ideas fijas de Westphal, Meschede y Griesinger; a los segundos pertenece el vasto grupo de las fobias... Entre ellos se encuentra un gran número de casos de transición y suele ser muy embarazoso determinar si se trata de una fobia o de una obsesión propiamente dicha. Estos casos de transición hicieron que Pitres y Regis incluyeran las fobias en las obsesiones, y viceversa.''

Recientemente ha surgido, contra ambas doctrinas, una tercera, bien equipada de argumentos y sostenida por psicopatólogos de autoridad reconocida.

G. Ballet (4) manifestó claramente que las obsesiones y las impulsiones debían clasificarse como anomalías de la emotividad *y de la voluntad.* Este criterio, intuído ya por Billod, ha medio siglo, fué acentuado por Raymond y Arnaud (5), por Pierre Janet (6) y por Georges Dumas (7), quienes pusieron de relieve la excepcional importancia que la *abulia* puede tener en la determinación de las ideas obsesivas. En su magistral capítulo sobre las ''psicosis constitucionales'' (8), F. L. Arnaud aportó la más valiosa contribución a esta doctrina, sosteniendo que la condición fundamental de la obsesión es un trastorno primitivo y generalizado que afecta a los

(4) G. BALLET: *Les Psychoses* (en el tratado de Charcot y Bouchard).
(5) RAYMOND ARNAUD: *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions*, etc., (en Ann. Méd. Psychol., 1891:
(6) JANET: *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, en *Revue Philosophique*, París 1891.
(7) DUMAS: *Les Etats intellectuels dans la mélancolie*, cap. II, París 1896.
(8) ARNAUD: En el *Tratado de Patología Mental*, de Gilbert Ballet, París 1903.

elementos comunes de la inteligencia y de la voluntad, en sus asociaciones dinámicas; esa alteración exterioriza un debilitamiento de las "síntesis mentales", del poder "de adaptación al medio, a las circunstancias": en una palabra, es la *abulia.* En los obsesos, sea cual fuere el grado y la naturaleza de las obsesiones, la abulia se encuentra siempre, preexiste a las obsesiones, las prepara, y su permanencia explica el *estado* obsesivo (mientras que el fenómeno emotivo sólo explicaría la *crisis* obsesiva).

En esta nueva teoría lo emocional pasa a segundo término; es una teoría volitivo-intelectual, pero la anomalía de la voluntad es el hecho primitivo. "Si la abulia es la base, la íntima contextura de la obsesión, la idea es su revestimiento exterior, dando a cada obsesión su fisonomía individual. Solamente en este sentido podría decirse que la obsesión es una emoción sistematizada", pues por su propia naturaleza la emoción es un estado difuso, sin representación objetiva; es enteramente subjetiva y sólo se representa a sí misma. Lo que da a la obsesión su fórmula y su carácter sistemático, es la idea. Pero tal sistema no puede formarse, ni persuadir, sino cuando la voluntad está debilitada y su contralor gravemente comprometido. La obsesión es, ante todo, una *enfermedad de la voluntad.*

Esta concepción, digna de meditarse, ha sido señalada por Hack-Tucke, Levillain, Boissier, Feré, Dallemagne y Rouvinovitch (9), aunque ninguno de ellos le dió suficiente generalización ni la expuso como doctrina sistemática. Igual tendencia encontramos francamente señalada en Del Greco (10) y en Angell (11), aunque este último más se refiere a la debilidad mental que a la abulia pro-

(9) Citados por PIERRE JANET, en *Les Obsessions et la Phychasthenie,* París 1903.

(10) DEL GRECO: *Idee Fisse e disgregazione psicologica* (en Ann. di Nevrología 1900.

(11) ANGELL: *Imperative ideas in the sane* (en *Journal of Neur. and Ment.* Diseases, 1900).

piamente dicha. El mismo Regis ha atribuído mucha importancia a los trastornos de la voluntad en la génesis de los estados obsesivos (12), no obstante sostener ahora la teoría de su base emotiva.

Llegados a este punto, en el examen de las doctrinas, una opinión compleja nos parecería la menos inexacta; de las teorías unilaterales enunciadas, ninguna basta para explicar todos los hechos clínicos, aun conteniendo una parte de verdad. Mikle, en un importante trabajo sobre las obsesiones (13), dice: "Se ha sostenido que la idea es la esencia de ese estado mental, o, si se prefiere, que ese estado (obsesivo) tiene por condición esencial un trastorno de los elementos intelectuales y de la conciencia. Según ese criterio, la rápida aparición y la persistencia de la idea imperativa constituirían el hecho capital; todo acompañamiento emotivo debiera considerarse secundario, y, por lo menos en su mayor parte, deberíase al conflicto entre la idea obsesiva y la voluntad: esta última, ansiosamente rebelada, lucha contra la obsesión, y esa lucha es molesta, dolorosa para el espíritu. En el caso de obsesión abúlica, la ansiedad angustiosa dependería del irremediable sentimiento de impotencia para cumplir un acto, aun insignificante... Pero creo que la interpretación más amplia demuestra en las obsesiones una tendencia invariable a reunir anomalías de las tres clases: ideativas, afectivas, voluntarias". Para Mickle, las obsesiones suelen presentar, pues, esa forma compleja. Pero agrega que, en los casos particulares, el hecho capital parece ser algunas veces el trastorno intelectual, otras el emotivo, otras el de la voluntad. "Por ese motivo acostumbro agrupar las principales variedades de obsesión bajo el nombre de las tres D: *doubt* (duda), *dread* (temor), *dead* (acto)".

(12) REGIS: *Manuel de Médicine Mentale*, cap. 8, parte I.
(13) MIKLE: *Mental Besetmens, Journal of Mental Science*, 1896 (citado por Arnaud en el *Tratado* de Gilbert Ballet, París 1903).

Conviene observar que las ideas de Mikle, no obstante su amplitud, son simplemente descriptivas; implican una exposición amplia, abarcando todos los hechos clínicos observables, pero se alejan un tanto de la cuestión inicial, que es de psicopatología general y debe fijar la causa primitiva de las obsesiones, su verdadera posición como sindromas clínicos.

Con Pierre Janet estas dos cuestiones recibieron una poderosa contribución. Si no quedan planteadas definitivamente, mucho se aproximan a ello (14). Engloba las *ideas obsesivas, las agitaciones forzadas* (manías mentales y agitaciones mentales difusas, agitaciones motrices y crisis de agitación, agitaciones emotivas, fobias y angustias) y los *estigmas psicasténicos* (sentimientos de incompletud, insuficiencias psicológicas e insuficiencias fisiológicas), constituyendo con todos esos grupos sintomáticos una nueva entidad clínica, la PSICASTENIA, perteneciente al grupo de las neurosis y caracterizada por la permanencia de un "estado psicasténico" cuyos tres caracteres generales son: la incompletud moral, la pérdida de la función de lo real y la intercurrencia de episodios psicasténicos. Las obsesiones serían síntomas de psicastenia, así como las fobias, las ideas fijas, la locura de la duda, etc.

Conviene observar que la psicastenia, en el sentido de neurastenia cerebral o psíquica, fué intuída ya por el mismo Beard (15); posteriormente numerosos autores han referido las obsesiones, fobias, etcétera, a la neurastenia cerebral. Regis (16), al tratar de las neurastenias como vicios constitucionales de organización, pone este subtítulo: "Neurastenia cerebral (obsesiones)"; igualmente aproximaron esos fenómenos Westphal, Kraepelin, Magnan, Benedick, Krafft-Ebing, Morselli, Venturi,

(14) PIERRE JANET: *Les Obséssions et la Pyschasthénie*, París 1903.
(15) BEARD *Traité*, segunda edición, New York, 1888.
(16) REGIS: *Traité pratique*, etc.

Bouveret, Feré, Levillain, Mathieu, etc. Pero el concepto que da Janet a la *psicastenia* es completamente diverso; no sería la forma cerebral de la neurastenia, sino una *psiconeurosis autónoma*, como la histeria o la epilepsia.

Las obsesiones pierden, pues, su individualidad psicopatológica al ser encuadradas en esta neurosis; la cuestión de su origen intelectual, emotivo o abúlico, pasa a segundo plano, pues todos esos fenómenos ideativos, afectivos o conativos, entran a figurar como manifestaciones diversas del *descenso de la tensión psicológica*, característico de la psicastenia.

Los autores clásicos habían dificultado la unificación de este síndroma con sus descripciones de fobias, manías, obsesiones, delirios, sin más caracterización clínica que el contenido psicológico de la perturbación mental. En los últimos treinta años se intentó asociar los síntomas intelectuales de las obsesiones con los emotivos de las fobias, llegándose por esa vía a la clasificación de Pitres y Regis (17), en "estados obsesivos fóbicos" y "estados obsesivos ideativos", correspondientes a las fobias y obsesiones. Magnan (18) contribuyó mucho a la unificación de este sindroma, encontrando a todos estos síntomas un carácter común: el fondo degenarativo hereditario. Prescindiendo de su apariencia diversa, los reunió por ese carácter colectivo, constituyendo el grupo de "estigmas hereditarios de los degenerados". Janet trata de completar esta unificación del sindroma, demostrando las relaciones clínicas y psicológicas de los diferentes síntomas, de las obsesiones entre sí y con los demás fenómenos similares: las rumiaciones, las fobias, la agitaciones mentales y motrices, etc.

La interpretación patológica del sindroma (o de los síntomas que lo constituyen) también ha variado funda-

(17) PITRES Y REGIS: *Les obséssions et les impulsions*, París, 1903.
(18) MAGNAN: *Recherches*, etc; parte II, París, 1893.

mentalmente. Algunos consideran estos síntomas como originalidades del carácter: peculiaridades individuales más bien que fenómenos patológicos. Otros, como Magnan, los estudian como síntomas episódicos y accidentales de un trastorno constitucional o degenerativo; muchos se limitan a ver en ellos simples manifestaciones cerebrales de la neurastenia.

Janet sintetiza como sigue su concepción de las obsesiones, conforme surgen de sus estudios clínicos y psicológicos (19). Las obsesiones propiamente dichas sólo son el último término de una serie de trastornos más profundos. La psicastenia es una psiconeurosis muy vecina de la neurastenia y quizás de ciertas formas de paranoias; tiene su sitio entre la epilepsia y la histeria. Todas esas psiconeurosis están caracterizadas por una "insuficiencia del funcionamiento cerebral", que hasta ahora sólo puede referirse a lesiones anatómicas o trastornos fisiológicos equivalentes a un estado de vago embotamiento o de intoxicación. Esta insuficiencia es diferente en las diversas neurosis; en la psicastenia la caída de la tensión psicológica es menos brusca, pero más profunda y prolongada que en los accesos epilépticos; no produce estrechamiento del campo de la conciencia, ni localización en ciertos centros cerebrales, como ocurre en la histeria; en la psicastenia está generalizada, determinando en todas las operaciones mentales un simple descenso de la tensión, que impide a los sujetos adaptarse a la realidad. Las funciones más perturbadas son las que ponen a la mente en contacto con la vida real: la atención, la voluntad, el sentimiento y la emoción, adaptados al presente. Otras funciones parecen quedar intactas, y, siendo inferiores, resultan elevadas; son la inteligencia discursiva y el lenguaje, las emociones mórbidas e incoordinadas, los movi-

(19) JANET: *Obra citada.*

mientos mal adaptados y en parte automáticos. Ese descenso de la tensión psicológica determina un malestar mental, un estado inquieto, sentimientos de incompletud, tanto más intensos cuanto mejor se conserva la conciencia del individuo. Bajo la influencia de esa inquietud, los fenómenos inferiores predominan sobre los superiores, originándose los tics, las agitaciones motrices, las emociones angustiosas, etc.; éstas, a su vez, tradúcense por ideas mórbidas, que se hacen permanentes y obsesivas, pero generalmente no se tansforman en delirios. Todas las condiciones que hacen oscilar el nivel mental, elevando o descendiendo la tensión psicológica, influyen sobre la marcha de la enfermedad.

Esta es la palabra actual de la psicopatología sobre tan interesante tópico. Veamos, en seguida, la confirmación que da la psicología clínica a esta doctrina, estudiando un caso de obsesión psicasténica y comparándola con casos de idea fija en la neurastenia cerebral y en la histeria.

## II. — IDEAS OBSESIVAS EN LA PSICASTENIA

Aunque citadas algunas veces, las obsesiones de impotencia intelectual no figuran en la bibliografía sino muy rara vez. El presente caso es el único que hemos observado y el primero descrito entre nosotros. Aparte de la originalidad peculiar a su contenido psicológico consiste su mayor interés en la comprobación que da a la doctrina de Pierre Janet, pues se adapta perfectamente a las condiciones patogénicas, clínicas y evolutivas de la psicastenia, con predominio de los fenómenos obsesivos.

Este enfermo nos expuso su padecimiento en estos o parecidos términos: "Desde hace tres meses no puedo ocuparme en ningún trabajo intelectual, pues al comen-

zar toda lectura, escritura u otra labor psíquica, asáltame la idea de que es inútil intentarlo, pues nada podría aprender, escribir, ni pensar; si lo hiciera, produciríase en mí un proceso de "impotencia intelectual" que me conduciría a la imbecilidad. Considero absurda esta idea, pues nadie se torna imbécil estudiando; pero, si intento el trabajo me es imposible evitar que ella me asalte, acompañada de angustia, y, en muchos casos, bástame el pensar en un trabajo mental cualquiera para sufrir mi obsesión y el estado angustioso consiguiente".

Nuestro interlocutor era un joven de veintiún años, de regular estatura, elegantemente vestido. Aunque demacrada, su fisonomía era simpática; su cuidadoso atavío no dejaba sospechar en el elegante al psicasténico, ni cabía presumir que en su atildada personalidad germinasen obsesiones que hicieran insoportable la existencia. Nos dijo ser estudiante de segundo año en una de nuestras facultades universitarias, pero habíale sido menester abandonar todo estudio, desde tres meses, por temor a la impotencia mental. Culto y amable, accedió a satisfacer todas nuestras curiosidades clínicas, permitiéndonos rehacer su historia psicológica en condiciones poco comunes. Estos interesantes sujetos son muy propensos a la introspección y al análisis psicológico; sus datos resultan utilísimos cuando poseen una inteligencia clara y bien cultivada.

Su vida, aunque corta, es ya accidentada: "si la escribiera, parecería una novela". Es argentino, hijo de padres italianos. Sabe poco de sus abuelos, a quienes no conoció. El abuelo paterno era impulsivo y dado al buen beber, siendo alcoholista crónico su hermano; nada sabe de la abuela paterna. En la otra rama cuenta dos tíos-abuelos maternos alocados, aunque los ascendientes directos fueron sanos. Su padre ha sido un tipo hiperactivo, amigo de los negocios, la bebida y las mujeres; supo

reunir cierta fortuna, excesiva para sus mediocres aspiraciones, y ocupa sus cincuenta años en no desperdiciar los fáciles placeres que constituyen su inveterada vocación. Sus hábitos alcohólicos datan de la juventud y son anteriores al nacimiento del enfermo. La herencia materna es francamente histeroide; su madre nunca tuvo ataques de gran histeria, pero ha sufrido frecuentes ahogos, acompañados de palpitaciones cardíacas, mareos, constricción epigástrica, sensación de hormigueo en los brazos, etc. Completan la familia dos hermanos; un varón de veinticuatro años, casado; "muy sano, pero muy imbécil", según lo define el enfermo, y una niña de veinte, francamente histérica, aunque sin ataques. Hubieron tres hermanos más, fallecidos en la primera infancia, de padecimientos que no es posible precisar.

A la edad de cinco o seis años no había sufrido ninguna enfermedad grave y fué enviado a la escuela, más que para apresurar su cultura, a fin de tenerle fuera del hogar, pues era "inquieto y rabioso hasta lo insufrible", según su propia referencia. Desde esa fecha hasta la pubertad recuerda que fué inteligente y aplicado, de carácter agresivo e irascible, meticuloso, pendenciero. Dos hechos abiertamente patológicos solían ocurrirle en esa época. A menudo, mientras sus compañeros de colegio se divertían durante los recreos, le asaltaba una tristeza angustiosa, le "daba rabia de no poder sufrir amigos, siéndole imposible jugar con los demás"; ya comprendía en esa época, que la culpa era exclusivamente suya, pues no se le tenía animadversión de ninguna clase, y sólo la indiferencia que se conquista todo sujeto de carácter antisocial. Por ese entonces soñaba todas las noches; sus sueños eran tristes o terroríficos, despertando sobresaltado con frecuencia, en pleno terror y dando gritos. Dato curioso, digno de consignarse: al despertar no sabía referir el contenido de su sueño, pues la amnesia de sus

fenómenos oníricos era instantánea, suponía que se trataba de sueños terroríficos por el estado de ansiedad emotiva en que se encontraba al despertar.

La pubertad—contra todo lo presumible—fué tranquila, hecho atribuído por el enfermo a la falta de vicios antes de esa época; más no fué así en lo sucesivo, pues adquirió el hábito propio de su edad, y desde esa fecha suele practicarlo regularmente.

No contrajo hábitos alcohólicos, ni le castigó Venus con enfermedades de ninguna clase; esto por razones que indicaremos.

A la edad de catorce años entró a cursar estudios secundarios. Su carácter estaba profundamente transformado; habíase vuelto amable, complaciente, propenso a la amistad y la simpatía. Sus condiscípulos queríanle y también sus profesores; era estudioso e inteligente, descollando por sus clasificaciones.

Cursó sin retardo sus estudios, incribiéndose en primer año de la Universidad al cumplir los veinte; al enfermarse debía cursar el segundo año.

De la pubertad hasta la fecha recuerda los siguientes datos curiosos. Nunca ha tenido relaciones con mujeres, por terror a las enfermedades y por "asco". Este segundo fenómeno tiene una base emotiva mórbida, digna de mención. Su primer lance amoroso ocurrió a los diez y seis años, siendo objeto de él una doméstica vieja, fea, sucia y que estaba en período catamenial; no pudo llevar a cabo acto alguno, sufriendo tan profundo desagrado que, cuantas veces intentó repetirlo con otras mujeres ha sufrido la misma emoción de asco nauseosa, acompañada de impotencia psíquica. Ese motivo le indujo a satisfacerse sólo con regularidad. De varios años a esta parte no ha abusado nunca de su hábito: "No abuso, pues las mujeres no me excitan, y lo hago porque considero indispensable suplir con ese artificio la necesidad

natural". Su emotividad fué siempre mórbida. En los exámenes sufría verdaderas confusiones mentales y sólo le aprobaban por constar que era inteligente y aplicado; el temor a los exámenes se mantenía durante un período prodrómico de dos o tres meses, acompañado de intensa emotividad. Recuerda que a menudo soñaba con exámenes, emocionándole después el recuerdo de los sueños. Su año terrible fué el tercero de estudios secundarios. Según refiere, una noche soñó rendir examen de historia; al ocupar la silla de examinando, con más intensa emoción que si ocupara un banquillo de condenado a muerte, sus discípulos comenzaron a murmurar: "¡Batata, batata!" (20), primero en voz baja, luego aumentando por grados, mezclando sus palabras con risa, hasta convertirse en algarabía. En ese punto despertó; tan persistente fué el recuerdo de este sueño, que dos meses más tarde, en momentos de rendir examen de historia, le asaltó la idea obsesiva de que lo ocurrido en el sueño se repetiría en la realidad, por cuyo motivo no rindió examen de esa materia hasta el siguiente período escolar.

Explica su *trac* por una falta de confianza en sí mismo y por dudas sobre su verdadera capacidad intelectual, pero agrega: "Comprendo que esos temores eran ridículos, pues me sabía inteligente y estudioso; pero en el momento de ser examinado me asaltaba la duda de mi propia incapacidad o ignorancia, y ningún razonamiento podía vencerla."

Ha tenido otras "manías" menores. Durante más de un año se dedicó a guardar los fósforos apagados y las colillas de cigarrillos fumados por él, con el propósito de saber cuántos fósforos y cigarrillos gastaba por año;

(20) Apodo escolar del "*trac*" de los *examinados* (este fenómeno no ha sido aún estudiado y podría merecer la atención de algún pedagogo psicólogo).

en vano algunos de sus allegados le demostraban que podía llevar la estadística sin necesidad de guardar los restos en sus bolsillos. Solamente desistió de su curioso coleccionismo cuando llegó a contar *dos mil colillas.* Más tarde leyó un artículo sobre nicotismo, y cobró tal terror por el tabaco, que no volvió a fumar hasta la fecha.

Antes de abandonar ese coleccionismo apareció en él la obsesión de los *jettatores.* Los veía por todas partes y constantemente tocaba llaves u otros objetos tenidos por preservativos de la *jettatura;* en ausencia del clásico "fierro", llevaba las manos hacia ciertos órganos cuyo poder exorcístico contra los *jettatores* es reputado tan importante como su rol para la generación. El nacimiento de esta idea obsesiva coincidió, por desdicha, con la ejecución de un conocido monumento público, cuyo autor disfruta de una reputación de *jettatore;* nuestro sujeto oyó hablar del asunto y al poco tiempo, "cada vez que veía al autor del monumento, recordaba el asunto de la *jettatura* y sentía una fuerte emoción; más tarde se generalizó este fenómeno a muchas otras personas, inmotivadamente presumidas de *jettatores".*

En los dos últimos años su estado mental fué satisfactorio; su emotividad mórbida disminuyó mucho y no sufrió ideas obsesivas ni manías. Solamente recuerda que al ingresar a la Facultad trabó relación con un compañero de estudios, excelente sujeto, al parecer; "pero yo sentí que su amistad me dominaría y que él podría llegar a convertirme en un autómata a su servicio; aunque el hecho no se produjo, y no obstante reconocer yo mismo lo infundado de tales apreciaciones, rehuí su amistad, llegando hasta no concurrir durante seis semanas a la Facultad, para evitar su dominación."

Además de esos antecedentes característicos, verdaderos "episodios" germinados sobre su fondo neuropático hereditario, refiere que, exceptuados los dos años ante-

riores a su actual obsesión, fué constantemente muy emotivo, viviendo en continua inquietud y desconfianza de sus propias aptitudes, con exacerbaciones frecuentes y (para él) injustificadas.

Entre sus antecedentes psicológicos generales, refiere éste. En los últimos años exageróse su afición por la lectura. "Me dió por leer y fuí excesivo en ello, como en todas mis manías". Ha leído sin orden y sin orientación mental determinada; alternaba un libro de química con uno de historia sagrada, una novela con un código, un poema con una tabla de logaritmos. "Leía por leer: así no incomodaba a nadie, ni nadie me incomodaba a mí."

Creyendo posible que el hábito de leer fuese consecutivo al temor de salir a la calle y encontrar *jettatores*, le interrogamos en ese sentido; no se atrevió a negar que esa fuera la causa de su manía de leer, aunque tampoco pudo afirmar que lo fuese; de ser así, la reclusión habría sido una medida defensiva, casi subconsciente. No recuerda, en realidad, haber deliberado en tal sentido.

Entre su fárrago de lecturas incluyó, al acaso, algunos volúmenes de medicina y el libro "Los estados neurasténicos", de De Fleury; en él leyó algunos párrafos sobre la neurastenia, resultante de la fatiga intelectual. Ello bastó para precipitar su cerebro predispuesto y claudicante, por el despeñadero de su actual obsesión.

Le asaltó la duda de tener ya, o poder sufrir en breve, una neurastenia cerebral. Observó que sus muchas lecturas no le conducían a ideas generales bien definidas; por momentos se creía ateo y materialista, para caer en misticismos teosóficos al día siguiente. Entusiasta de las letras hoy, desdeñábalas mañana, ya fuese por considerarlas como una forma demasiado inferior del pensamiento, o bien por sentirse privado de la aptitud para sentir emociones estéticas. "Primero me parecen frivolidades y luego me siento incapaz de comprenderlas". Sus

conocimientos de estudiante le parecieron nulos. En vano había leído innumerables libros: su ignorancia no la concebía más crasa, ni su falsa cultura podía ser más despreciable. Sobre la base de esas ideas constituyóse su obsesión actual.

Su lógica mórbida evolucionó según el proceso siguiente:

Pues leía sin aprender, reconociéndose incapaz de inteligir ideas un poco elevadas y formarse conceptos generales bien definidos, consideró evidente que su cerebro estaba enfermo y se encaminaba hacia la temida neurastenia cerebral; por ese rumbo, a no impedirse la acción de la causa mórbida, llegaría indefectiblemente a la imbecilidad.

La inminencia de semejante catástrofe le sugirió el remedio heroico: suprimir todo trabajo intelectual. Evitar la lectura, la escritura y el trabajo mismo de pensar, parecióle desde ese momento la necesidad más inmediata, procurando ponerla en práctica con todo cuidado. Pero al día siguiente, al tomar un diario para informarse de las noticias de actualidad un nuevo fenómeno se produjo: al comenzar la lectura recordó que el leer era una causa de imbecilidad y debía esquivarla. Parecióle ridícula esa idea exagerada, resolviendo leer; pero de nuevo surgió la idea del "trabajo mental idiotizante" y un estado emotivo intenso hizo presa en su espíritu, determinando una crisis de duda ansiosa que concluyó por impedirle toda lectura.

Esta idea obsesiva reapareció cuantas veces intentó leer, escribir o pensar sobre cualquier cuestión que requiriese algún trabajo psíquico, constituyéndose definitivamente su "obsesión del trabajo mental idiotizante".

Con esta curiosa historia a cuestas, púsose el enfermo bajo nuestra observación.

En su idea obsesiva, organizada ya en "sistema", son

de notar los siguientes caracteres: es permanente, desde su aparición no ha habido intermitencias, no tiende a declinar, el enfermo no puede inhibirla oponiendo a su desarrollo otras ideas lógicas.

La idea obsesiva es evocada por todo género de asociaciones de ideas; si el enfermo ve un libro, un diario o un tintero, impónesele la idea del "trabajo mental idiotizante", ocurriendo lo mismo si se le plantea cualquier cuestión en el diálogo corriente. La vista de un niño le evoca la de un vendedor de diarios y éste su idea obsesiva; una imprenta, un trozo de papel, una librería, un escritorio, pueden hacerle recordar su "trabajo mental idiotizante". Esta facilidad de asociación para evocar la idea obsesiva es la causa de su mayor tristeza.

Si va de paseo, mil cosas tienen poder evocador. Para permanecer en su casa ha debido desterrar todo libro y útil de escritorio. La aparición de la idea se acompaña del temor de incurrir en el trabajo mental; la asociación de ideas es anterior al estado emotivo; la inseguridad de resistir el deseo de leer produce el estado de duda, que suele ser fundamental en las obsesiones de los psicasténicos.

No encontramos, en este caso, tendencia a la acción, pero el motivo es obvio; no se trata de una obsesión impulsiva, sino más bien de una obsesión inhibidora; no hay temor de hacer algo, sino sentimiento de peligro e impotencia para hacer. Sin embargo, considerada en ese sentido inhibidor, la obsesión se traduce también en actos, por cuanto impide en absoluto al enfermo la realización de cualquier trabajo mental, influenciando su conducta.

La tendencia a la alucinación, propiamente dicha, no existe, como se sostiene clásicamente desde Falret; pero tampoco encontramos las que Janet llama pseudo-alucinaciones o alucinaciones simbólicas. Existen, sí, verda-

deras representaciones del estado de imbecilidad temido, pues el enfermo, en los momentos de crisis, suele verse ya caído en el idiotismo o la demencia.

El carácter más importante de analizar en este enfermo, y en todos los semejantes, es su conciencia de la naturaleza mórbida de sus ideas. Evidentemente, este enfermo que acude a un médico alienista, le manifiesta tener ciertas ideas que hacen infeliz su vida, que las explica distinguiéndolas de todas las demás ideas, localizando en ellas su creencia de que son anormales, este sujeto tiene indiscutible conciencia del carácter patológico de su idea o ideas obsesivas.

Hay más; se guarda, con buen tacto, de hablar en sociedad de esas ideas, limitándose a aislarse y rumiar en la soledad sus concepciones mórbidas, precisamente por tener conciencia de este carácter. Sin embargo, no es posible afirmar que nuestro enfermo comprende la esencia absurda de sus ideas; si el sujeto tuviese tal seguridad no sería un enfermo, no persistiría en sus yerros, no sufriría por ellos, no le produjera su aparición trastornos graves de la emotividad. Si un sujeto normal pensara: "leyendo me imbecilizo", y comprendiera el carácter falso de esa idea, limitaríase a desecharla y a sonreir de que pudiera habérsele ocurrido; en cambio el psicasténico vive en conflicto consigo mismo, sin opinión definida acerca de sus ideas obsesivas, sin conciencia clara de su situación; vive, en una palabra, en estado de duda. Por una parte el enfermo cree, por otra critica su creencia; en él hay dos conciencias en conflicto, la una vigilando a la otra, rectificándose continuamente entre sí, predominando la creencia o la crítica, según el momento de crisis o de lucidez.

Cuando este enfermo decide consultarnos y nos refiere sus ideas obsesivas, evidenciando estar consciente de su falsedad, el espíritu de crítica prima sobre el de

creencias; es lo que podríamos llamar estado mental lúcido y consciente del psicasténico, fuera de la crisis obsesiva. Pero si en seguida colocamos un libro abierto entre su manos, conminándole a la lectura, la idea aparece y se acompaña de un intenso estado emotivo que le impide leer, desapareciendo por consiguiente la conciencia de la falsedad de esa idea, y primando, a las claras, el espíritu de creencia sobre el de crítica; es lo que podríamos llamar acceso obsesivo inconsciente del psicasténico.

En este caso vemos el estado oscilatorio de la conciencia, íntegra o nula según los diversos momentos en que se la observa, arrastrada por la creencia o iluminada por la crítica, pero con un carácter predominante y fundamental: *la duda.*

Esta falta de seguridad es atribuída por Janet al desarrollo incompleto de las ideas obsesivas, considerando que esa circunstancia capital determina la diferencia más fundamental entre las "ideas fijas", admitidas completamente por el espíritu del enfermo y las "obsesiones", que permanecen perennemente incompletas, sin implicar nunca la convicción. Debemos advertir, de paso, que una vez admitido ese criterio diferencial, es más difícil precisar la diferencia entre la "idea fija" y la "idea delirante"; pero es cuestión que no podemos dilucidar aquí.

En torno de las ideas obsesivas dos factores llenan el fondo del cuadro clínico: la rumiación mental, intensa, inagotable, base de su estado de duda, y los fenómenos emotivos accidentales, que se producen en el momento de la crisis obsesiva.

Además de ellos, el enfermo presenta en alto grado el "sentimiento de incompletud", en el doble campo de la acción (sentimiento de dificultad para leer) y de las operaciones intelectuales (sentimientos de insuficiencia,

instabilidad, ininteligencia, obscuridad, duda); no sólo tiene el enfermo este sentimiento de que su actividad mental es incompleta, sino que exagera esa tendencia y la convierte en perjudicial para consigo mismo, formulando en una frase paradójica su curiosa modalidad mórbida: "el trabajo mental idiotizante".

La síntesis clínica de los síntomas observados en este interesante enfermo, impone el diagnóstico de psicastenia, tanto por su génesis como por su evolución y sus caracteres clínicos. "Cuando un sujeto joven viene a confiar al médico que, a su propio pesar, se interroga angustiosamente sobre una cuestión, sabiéndola estúpida o inútil, y se pregunta durante horas enteras" acerca de un tema cualquiera, en esos casos—dice Janet—no hay lugar a duda. Y si se trata de un sujeto como el nuestro, tampoco.

Tiene marcada herencia degenerativa; en la infancia es de pésimo carácter, con tristeza angustiosa y sueños terroríficos; pubertad tranquila, pero con profundo cambio de carácter; vicio habitual; "ginofobia" permanente; emotividad mórbida; "trac de los examinandos", precedido por fenómenos oníricos que influyen sobre la conducta del sujeto y cuya simple evocación despierta intensos estados emotivos; manía aritmética y estadística; obsesión fóbica contra la "jettatura" y los "jettatores"; temor obsesivo de ajeno dominio sobre su voluntad; manía de la lectura; temor obsesivo de la neurastenia cerebral; desconfianza de sí mismo; obsesión final del "trabajo mental idiotizante".

En este cuadro, bastante rico y completo, encontramos las dos grandes características señaladas en la psicastenia.

Las ideas obsesivas presentan un aspecto inequívoco. Están acompañadas por los caracteres generales de las agitaciones forzadas: la rumiación intelectual y los es-

tados angustiosos. Detrás de ellos encontramos los grandes estigmas psicasténicos: el sentimiento de incompletud, las insuficiencias psicológicas y fisiológicas, con la consiguiente pérdida de la función de lo real. Todo ello asentándose sobre el descenso generalizado de la tensión psicológica y nerviosa, evidenciado más que todo en los frecuentes cambios y oscilaciones del nivel mental, en la instabilidad resultante de ello y en la frecuente alternación de obsesiones, "manías mentales", fobias, sentimientos de incompletud, etc.

En nuestro caso el diagnóstico se confirma definitivamente por el estudio de la *evolución* del proceso patológico, que no puede ser más característico. Por ese motivo, completaremos su estudio con la descripción de otros dos: el uno de "avariofobia en un neurasténico" y el otro de "idea fija histérica", ambos perfectamente caracterizados. Ellos nos permitirán distinguir los diversos tipos nosológicos y su diagnóstico diferencial, reservando para la última parte de este capítulo las consideraciones relativas al pronóstico y el tratamiento de esta clase de enfermos.

## III. — Ideas fijas en la Neurastenia.

La presente observación, que hemos analizado in extenso en trabajos precedentes, (21), nos servirá para diferenciar con claridad la obsesión característica del psicasténico, de las fobias e ideas fijas accidentales en los neurasténicos, señalaremos, en su cuadro clínico y en su evolución, las diferencias fundamentales. Hay, en verdad, casos en que el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades es harto difícil; la neurastenia pue-

(21) Véase del autor: *Revue de Psychologie*, París, Mayo de 1901, página 143 *y siguientes Presá Médicale Romana*. *Bucharest*, *Julio* 1901. *Revue d'andrologie*, París Septiembre 1901; *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, Buenos Aires, 1903.

de ser una etapa previa de la psicastenia, como ésta puede serlo de un delirio sistematizado. Janet llega hasta sentenciar claramente: "No estoy convencido de que en esos casos sea muy importante afanarse por hacer el diagnóstico diferencial". Pero, felizmente, nuestra observación es sencilla y demostrativa.

He aquí a grandes rasgos, su historia clínica: diez y nueve años, argentino, soltero, estudiante. Abuela materna histérica. Un tío-abuelo paterno es alcoholista y delincuente. Su padre es sumamente nervioso y tiene un hermano neurasténico. Su madre es de carácter muy variable, con estado mental propio de la histeria, pero sin manifestaciones de accesos ni otros fenómenos motores, sensoriales, tróficos o funcionales bien marcados. Dos hermanos del enfermo fallecieron en la primera infancia: el uno de meningitis y el otro de viruela. Los otros seis hermanos gozan de buena salud, menos una que es "un poco nerviosa".

Ha tenido en su infancia sarampión y angina catarral aguda. Era de constitución robusta, muy estudioso, inteligente y de buen carácter. De los trece a los catorce años entró en la pubertad. Este cambio acompañóse de profundas alteraciones funcionales de todo su organismo, sufriendo una modificación radical de su personalidad psíquica. Su carácter, bueno y jovial, trocóse en triste y agrio; su inteligencia sufrió una profunda desintegración; disminuyeron su atención y su memoria; la pereza sustituyó a la primitiva laboriosidad, confinando casi con la abulia.

Alejado de la escuela y de los libros, encontró amigos que le señalaron la ruta del placer fácil; a los diez y seis años estaba entregado de lleno al vicio onánico y los abusos de la Venus. El alcohol se les agregó bien pronto, complicando el derrumbamiento de su persona moral.

Poco tiempo después comenzaron a manifestarse sín-

tomas espinales de neurastenia, entre los cuales el más agotador consistió en pérdidas nocturnas frecuentísimas; refiere el enfermo que, en ciertas épocas, su órgano más fatigado no volvía a la flacidez completa, permaneciendo en una semierección reveladora del estado irritativo medular.

A los diez y siete años y medio contrajo una blenorragia, complicada con orquitis. Creyó que se trataba de avariosis; consultó a varios especialistas; pero, a pesar de ellos, continuó creyendo que su enfermedad era avariosis, muy grave sin duda, desde que los médicos se la ocultaban.

Esa idea, sembrada en un organismo cuyo sistema nervioso, saturado por la herencia neuropática, estaba irritado y exhausto por los abusos, fué fatal. Su psiquis, precedentemente sacudida con violencia por la crisis de la pubertad (una verdadera "psicosis de la pubertad"), convirtió la idea de la avariosis en centro de toda su preocupación. Compró y leyó diversos libros destinados a vulgarizar los peligros de su mal; las figuras le produjeron, naturalmente, efecto terrorífico.

Al ser consultado por los padres de este enfermo, estaba su organismo en pésimo estado de nutrición. Insomnio. Depresión mental intensa. Atención imposible. Memoria disminuída. Abulia. Afectuosidad disminuída. Fenómenos oníricos frecuentísimos de contenido erótico. La "avariofobia" domina sobre todos los síntomas.

El examen antropológico descubre numerosos caracteres degenerativos. El examen somático y funcional revela normalidad en los aparatos circulatorio y respiratorio; alteraciones del aparato digestivo, propias de una dispepsia con hiperacidez.

Su sistema nervioso está en pésimo estado. Dolores de cabeza (como si la tuviera en una jaula de metal), espi-

nazo, piernas y escápulas; hiperalgesia lumboabdominal del lado izquierdo. Hipokinesia general.

Sensibilidad: al tacto, al parecer normal, más bien hiperestesia; al dolor, hay zonas de hiperalgesia cutánea; térmica, normal.

Reflejos defensivos, disminuídos; tendinosos, aumentados; disminuídos el cremastérico y el epigástrico.

En su estado mental prevalece la idea fija de la infección y el temor fóbico de sus consecuencias próximas y remotas; este temor determina un estado de exaltación del tono emotivo, y constituye para el enfermo una preocupación continua e inevitable. Además, vive constantemente alarmado por el estado de su salud general, que cree gravísimo.

Al poco tiempo fuimos llamados con urgencia. Encontramos al enfermo en cama, bañado en sangre. Haciendo uso de una navaja de afeitar, había intentado castrarse con el propósito de suprimir cualquier deseo que pudiera exponerlo a los peligros del vicio o de las enfermedades. Con la mano izquierda tomó el escroto; con la derecha — cortando de izquierda a derecha, de arriba hacia abajo y de atrás a delante, — se produjo exactamente una hemisección de la bolsa. Le sobrevino un desfallecimiento, obligándole a suspender la operación.

El mismo enfermo había procurado detener la hemorragia comprimiendo la bolsa más arriba de la herida. Los elementos del cordón espermático izquierdo estaban seccionados: conducto deferente, arterias, venas y linfáticos; así también los filetes nerviosos del plexo deferente aunque se habían salvado algunos filetes del plexo espermático.

Practicamos las ligaduras de las arterias espermática y deferente del lado izquierdo, extrajimos el testículo de ese lado, resecamos los restos de la envoltura de ese

testículo que había quedado adherido a la bolsa, y suturamos la herida con los procedimientos ordinarios. Curó por primera intención.

Después de ese trágico episodio el estado neuropático general del enfermo continuó mejorando, aunque lentamente. Un año más tarde no conservaba rastros de su neurastenia cerebral ni de su "avariofobia".

Entre este caso y el anterior pueden señalarse algunas semejanzas y no pocas diferencias.

La evolución de la enfermedad es diversa. El psicasténico siempre ha sido víctima de accidentes y episodios psicopáticos; ha tenido diversas fobias, obsesiones, estados ansiosos, hasta que su actual obsesión del "trabajo mental idiotizante"' se constituyó como exponente esencial, definitivo y duradero de su enfermedad. En el otro vemos evolucionar progresivamente un estado neurasténico sobre fondo degenerativo, pero faltan los accidentes diversos debidos al descenso y desequilibrio de la tensión psicológica: su idea fija neurasténica evoluciona aislada y progresivamente sobre el cuadro clínico de la neurastenia. En el primero, los accidentes mentales dominan el cuadro clínico; en el segundo, los síntomas somáticos y funcionales de la neurastenia.

En la obsesión del psicasténico preside al cuadro psicológico un síntoma, justamente reputado cardinal: la conciencia de que es falsa la idea obsesiva, o, por lo menos, una duda ansiosa a su respecto. El enfermo critica su idea obsesiva; sus accesos emotivos nacen de la oscilación entre la creencia y la crítica, del predominio de un fenómeno sobre otro. En cambio, el neurasténico no aprecia su idea fija de la infección como una idea parásita o falsa, automática o discordante con el curso lógico de sus procesos mentales; su inteligencia no oscila en torno de la idea fija, limitándose a aferrarse a ella. En un caso hay duda; en el otro hay simple preocupación.

En el obseso el estado emocional y las crisis ansiosas aparecen tras la presentación súbita de la idea obsesiva, mediante la asociación de ideas; en el neurasténico la idea fija es objeto de rumiación continua sin las crisis accidentales que perturban la emotividad del obseso. Este toma un libro o un diario y sufre su episodio angustioso, pues por asociación se ve forzado a evocar la obsesión del trabajo mental idiotizante; el avariófobo vive preocupado continuamente y las exacerbaciones de sus accidentes mentales no obedecen a asociaciones de ideas o representaciones momentáneas, sino a la agravación de su estado orgánico general de neurasténico.

No encontramos en el avariófobo el sentimiento de incompletud que caracteriza al otro; falta el estado constante de duda, el choque angustioso entre la creencia y la crítica de la idea obsesiva, que domina en el psicasténico. Más aún: su idea fija le lleva hasta consumar un acto grave e importante, lo que implica, evidentemente, una "completud" en la conducta y una capacidad para la acción.

El neurasténico se preocupa sin cesar de su estado general de salud, piensa en las proyecciones próximas o remotas de la presunta enfermedad que constituye el contenido de su idea fija; siéntese en decadencia general y todo lo atribuye al temido morbo gálico. Nuestro psicasténico no se preocupa para nada de su estado general, ignora sus órganos y sus funciones; solamente el cerebro, objeto de su idea obsesiva, le aflige, sin que la preocupación por sí mismo y por su propia salud exceda en lo más mínimo los límites del contenido de la obsesión.

Mientras en el neurasténico la personalidad se mantiene íntegra, no obstante el sentimiento de la propia decadencia, en el psicasténico vemos esbozarse un proceso de disociación o desagregación de la personalidad,

fundado en la duda y en la oscilación de su mentalidad, estrujada por la creencia y la crítica. Por eso el psicasténico lucha contra su propia obsesión, estudiándola para detenerla, intentado librarse de ella por considerarla mórbida; en la idea fija del neurasténico esa lucha no existe, el enfermo se deja arrastrar por la inquietud de su estado, se aflige por ello, sin creer que esa idea pueda ser falsa o repudiable.

Por fin, la evolución de la enfermedad, por el tratamiento, confirma el diagnóstico de neurastenia en nuestro avariófobo. Se instituyó un régimen general apropiado, a base de reposo y sobrealimentación: a medida que mejoró la astenia fisiológica se disipó la idea fija neurasténica. En cambio la obsesión del psicasténico permanece menos vinculada al estado general; su aumento se produce por procesos psíquicos asociativos o representativos. La avariofobia aumenta cuando el enfermo no duerme o cuando está estreñido; la obsesión del trabajo mental idiotizante se exagera cuando el enfermo ve muchos libros, librerías, tinteros, o se le plantean numerosas ocasiones de trabajo mental.

En suma, se trata de dos procesos diversos, caracterizados por síntomas definidos y diferenciables, descollando entre todos el estado dubitativo de la conciencia acerca de la realidad del contenido de la obsesión psicasténica, hecho que no se encuentra en la idea fija del neurasténico. A su lado deben colocarse todos los elementos sintéticos de juicio: la evolución y el sindroma de la psicastenia, perfectamente diferenciables de la evolución y el sindroma de la neurastenia.

Por fin, no se olvidará que si la neurastenia puede convertirse en psicastenia, lo mismo que la idea fija en obsesión, es evidente la posibilidad de observar en la clínica las formas de transición entre ambas, sin la preten-

sión de hacer un diagnóstico diferencial definitivo, siempre expuesto a pecar de esquemático o prematuro.

## IV. — Ideas fijas en la histeria

Diverso de los anteriores es, por muchos conceptos, el cuadro clínico que nos presenta la idea fija en los histéricos; excederíamos de nuestros propósitos actuales haciendo su estudio patogénico y clínico. Bástenos recordar la obra magistral de Janet (22) y los estudios interesantes debidos a Charcot, Raymond, Legrand du Saulle, Sollier, Babinsky, Gilles de la Tourette, Ballet, Soucques, Blocq, Colin, Pitres, De Fleury, etc., que han contribuído singularmente al estudio y discusión de las ideas fijas en los histéricos. Para nuestro objeto bastará referir el caso clínico, analizando los elementos de diagnóstico diferencial que caracterizan la idea fija histérica y la obsesión psicasténica.

Antes que la enferma, concurrió a consultarnos su propia madre; nos solicitaba que visitáramos a su hija en su propio domicilio, pues ella se negaba a concurrir al consultorio, alegando una enfermedad ridícula y vergonzosa que le impedía transitar por la vía pública. "Sin embargo — agregaba la señora, — algunas veces mi hija sale a la calle; pero pretende que el médico no lo sepa, con el propósito evidente de revestir su enfermedad con apariencias graves". No obstante ese pedido, y siéndonos imposible acceder a él, la enferma concurrió al consultorio acompañada de su madre, llegando en carruaje cerrado para sustraerse a las curiosas miradas de los transeuntes.

Aunque de modesta posición social, la enferma vestía con elegancia y notábase en su gesto un desenfado atra-

(22) P. Janet: *Névroses et idées fixes*, edit. Alcan, París 1898.

yente, rayano en la coquetería. Un sólo detalle turbaba la armonía del conjunto de su persona: era imposible ver su rostro pues lo mantenía oculto tras espeso tul negro, cuya opacidad desentonaba singularmente, a punto de parecer crespón.

Nos dijo tener diez y ocho años de edad, ser argentina y católica. Llevaba una vida arreglada y cómoda, pues siendo hija única, sus padres la rodearon siempre de las mayores atenciones compatibles con su posición social modesta. Ha sido de carácter irritable y caprichoso; tiene discreta educación y una cultura satisfactoria para su posición; ha leído muchas novelas, influyendo sobre su carácter e inclinándola hacia un ingenuo romanticismo. Aunque de constitución grácil, se encuentra en discretas carnes. Antes de su enfermedad presente era amable y mundana, sin más estigmas que su instabilidad psíquica y un acendrado espíritu de coquetería; una de sus preocupaciones más constantes ha sido, en toda época, conseguir que se preocupen continuamente de ella las personas que la rodean.

La madre de la enferma "sufre de nervios", pero asegura no haber tenido crisis convulsivas con pérdidas de conciencia; en cambio ha padecido fenómenos de pequeña histeria y posee carácter histérico bien definido, predominando en su actividad mental la instabilidad, la sugestibilidad y la propensión a estados de ansiedad terrorífica por causas exiguas. Su esposo tiene antecedentes crónicos de artritis reumática, sin episodios de fiebre reumatismal ni accidentes cardíacos.

Los cónyuges no tienen colaterales en el país y no saben ilustrar acerca de otras afecciones en la familia. La paciente es hija única.

Llama la atención, en los antecedentes individuales de la enferma, su precocidad; refiere la madre que durante la primera infancia tuvo alarmados a sus parien-

tes, pues éstos pensaban continuamente en su próxima muerte, fundándose en el prejuicio popular que predestina a un fallecimiento prematuro los niños de precoz desarrollo mental. De los siete a los diez años sufrió frecuentes crisis nerviosas, atribuídas por su madre a vermes intestinales, aunque jamás pudo comprobar la presencia de tales parásitos (¿histeria infantil?). Se desarrolló antes de cumplir los doce años (también su madre fué mujer precozmente) y su función ha sido regular, indolora, abundante, sin reacciones generales del organismo. Tiene placeres solitarios, discretos, anteriores a la pubertad, pero no ha cometido excesos en ninguna época.

Desde los doce años se acentuó su carácter caprichoso e inestable, aumentando su coquetería. A la edad de catorce sufrió un primer ataque de pequeña histeria: aura sensorial epigástrica, sensación de bolo histérico, mareo y pérdida de conciencia, sin fenómenos convulsivos. La enferma "educó sus ataques", que se hicieron cada vez más frecuentes e intensos, "perfeccionándose" progresivamente. Un año después, los ataques se acompañaron de fenómenos convulsivos, continuando en esa forma hasta la aparición de su enfermedad presente.

Un día la enferma tuvo una pústula de acné sobre el ala izquierda de la nariz; una pústula pequeña; la punta "madura" sería como la cabeza de un alfiler y el nódulo inflamatorio del tamaño de una lenteja, según refiere su madre.

En presencia de esta insignificante molestia, la enferma, que en ese momento se preparaba a acostarse, dió un grito de espanto; acudió su madre y no fué poca su sorpresa al saber que el escándalo obedecía a tan menospreciable causa. La niña, acaso, para justificarse, extendióse en una larga disertación sobre las consecuencias posibles del grano, sobre la deformación que podría so-

brevenir a su nariz, etc. Después de mucho razonar y afligirse, resolvió tomar medidas para impedir que se le agrandara la nariz, la apretó entre las ramas de una horquilla de carey, que colocó a horcajadas sobre el dorso de su nariz, comprimiendo las dos alas.

Durmió con su curioso adminículo, despertando varias veces, sobresaltada, durante la noche.

Al despertar se produjo el desastre. La enferma se quitó la horquilla y palpóse la nariz, pareciéndole notar que la tenía dolorosa, deformada y que "se le había recalcado el cartílago" del tabique nasal. Corrió ante un espejo y la ilusión fué completa: "¡la nariz estaba vergonzosamente deformada!" Se produjo un ataque de gran histeria, durando más de media hora los fenómenos convulsivos; por espacio de otras dos horas continuó en estado subconsciente postparoxístico. Al volver al estado consciente su primera preocupación fué tocarse la nariz, mirarse al espejo y llorar amargamente por la desgracia ocurrida. Desde ese momento quedó constituída la idea fija de deformación de la nariz, acompañada de estado angustioso; accidente patológico que Morselli (23) denomina "dismorfofobia", nombre aceptado por Janet (24), Pitres y Regis (25), Kraff-Ebing (26), Magnan (27) etcétera.

Durante varios meses sus fenómenos patológicos han revestido dos modalidades diversas según se examine el *estado mental permanente* y los momentos de *crisis ansiosa*.

Su estado mental permanente ofrece todo el cuadro de la mentalidad histérica. Vive preocupada por su nariz

(23) MORSELLI: *Semeiotica delle Malattie Mentali*, vol. II, pág. 440.
(24) JANET: *Les obséssions et la Psychasthénie*, vol. I, pág. 209. Edit: Alcan, París 1902.
(25) PITRES Y REGIS: *Les obséssions et les impulsions*, pág. 39. Edit. Doin, París, 1902.
(26) KRAFF-EBING: *Actes du Congrés International*, 1900.
(27) MAGNAN: En *Recherches sur les centres nerveux*; y con LEGRAIN: *Les degenerés* (*Passim*).

deforme y molestando constantemente a cuantas personas la rodean. Está generalmente deprimida; dice que preferiría morir, si no pudiera curarse; se niega a tomar alimentos; etc. Su conducta es cada día más anormal. Desde el primer momento tuvo fuerte sentimiento de ridículo y vergüenza por su deformación; estaba de novia, despidió a su prometido y le devolvió su anillo de compromiso, negándose terminantemente a dejarse ver por él; dada su deformidad, creyó ser objeto de risa y escarnio. Se niega a salir a la calle, temiendo ser vista por los transeuntes; solamente sale ocultándose el rostro bajo el mismo tul espeso con que acudió a consultarnos. Estando en su casa piensa con harta frecuencia, casi continuamente, en la desgracia que gravita sobre ella; ha consultado numerosos médicos, concurriendo primeramente a los consultorios externos de un hospital y luego a varias clínicas particulares, siendo ineficaces todos los tratamientos ensayados con el propósito de obrar por sugestión. Es de observar que esta enferma exagera sus preocupaciones cuando consulta a algún médico; sobre ésto su madre insiste, agregando que está más tranquila cuando no tiene a quien incomodar. Por consejo médico fué enviada dos o tres veces, a pasar algunos días fuera de su casa mejorando muchísimo su estado; pero al volver entre los suyos, la idea fija recrudeció sistemáticamente.

De un mes a esta parte se ha constituído una idea fija secundaria, análoga a la primitiva; la enferma dice que por mucho llorar se le han deformado ambos párpados inferiores, habiéndosele convertido en dos pequeñas bolsas llenas de lágrimas, sintiendo como si tuviera un huevo de paloma escondido en cada párpado inferior. Esta idea fija secundaria podría considerarse como una simple ampliación de la anterior, pues se mantiene dentro del mismo cuadro de la "dismorfofobia".

Sobre ese estado mental se producen las *crisis ansiosas,* verdaderos paroxismos de angustia acompañados de emoción mórbida. Primitivamente las crisis se producían cada vez que la enferma se tocaba la nariz o se miraba ante el espejo; acompañábanse de llantos copiosos, prolongados durante una o dos horas. Durante la crisis permanecía la joven en un estado subconsciente, siendo inútil dirigirle la palabra, pues permanecía ajena al medio que la rodeaba. Para evitar la causa ocasional de las crisis su madre suprimió todos los espejos de la casa; el resultado fué bueno en los primeros días, pero a poco andar la enferma comenzó a sufrir sus crisis sin necesidad de ver ni tocar el órgano deformado.

El examen de la enferma revela una buena euritmia morfológica y corrección de sus rasgos fisionómicos; la nariz es normal, perfectamente conformada, diminuta. Sus ojos negros y lucientes no presentan la menor anomalía, como tampoco los párpados que los cubren. El conjunto de la persona es muy agradable.

Sus funciones fisiológicas son normales. Suele comer poco o ayunar, a consecuencia de su idea fija, pero digiere bien. Las funciones circulatorias, respiratorias y secretorias son ordinariamente normales, pero durante las crisis ansiosas presentan los trastornos propios de las emociones. El examen especial de las fosas nasales no revela ningún proceso mórbido que pueda determinar sensaciones capaces de provocar la idea fija.

En el examen del sistema nervioso, astenia marcada y reflejos tendinosos ligeramente aumentados. La sensibilidad revela numerosas anomalías. Hay hemihipoestesia derecha, anestesia faríngea completa, hiperestesia ovárica sin zona histerógena, estrechamiento pronunciado del campo visual, mayor en el ojo derecho; hay también aparente hipoacusia del mismo lado, pero se trata de una simulación de la enferma, ocurriendo lo

mismo con la anosmia total, de que hablaremos en seguida.

Dos hechos impresionan, a primera vista, al examinar el estado mental de esta enferma: el deseo de ser interesante y la continua exageración de su propia idea fija; esto último la lleva a mentir, consciente e inconscientemente, y a simular con frecuencia. Complementando los datos ya referidos sobre su estado mental, investigamos lo siguiente:

La explicación que da la enferma de su lesión nasal es lógica y razonada; tenía un grano en la nariz, deseaba evitar que ésta se le hinchara, le aplicó una horquilla para comprimirla durante toda una noche, la compresión "recalcó el cartílago" y amaneció con la nariz deformada. Es el tipo clásico de la lógica mórbida, semejante al delirio por introspección somática descripto por Vaschide y Vurpas (28); con esta diferencia: aquí el punto de partida es una ilusión sobre la forma de la nariz, y en lugar de haber un sistema delirante en torno de la idea inicial hay una suspensión de las síntesis mentales, del sentido crítico que impide a la enferma poner en tela de juicio su propia idea fija.

Cuando se le afirma que tiene una idea fija, invocando el testimonio general sobre la erroneidad de su idea, responde que todos "le dicen que es idea para consolarla"; no admite crítica de su ilusión, ni reconoce buena fe en quienes niegan que su nariz está deformada. Rechaza terminantemente que pueda tratarse de autosugestión y se dice ofendida por los médicos, pues pretenden negar su deformación y afirman que son "ideas" suyas.

El sentimiento del ridículo la domina: si saliera a la calle sin tul, todo el mundo se reiría de ella. Sin em-

(28) VASCHIDE Y VURPAS: *L'Analyse Mentale. La Logique morbide*, París. 1902.

bargo, en esto hay exageración, pues una mañana, en compañía de un estudiante de medicina, la encontramos en la calle "sin tul" y aparentemente muy tranquila. Está convencida de la cronicidad de su padecimiento, pues ya ha sido asistida sin resultado por varios médicos; atribuye el fracaso a que los doctores "quieren curarle las ideas, en lugar de arreglarle la nariz recalcada".

Fuera de la idea fija, el estado mental de la enferma es excelente, y conviene señalar la supresión de los ataques convulsivos desde el nacimiento de la idea fija. Diríase que las crisis ansiosas actúan como sustitutivos o equivalentes del ataque convulsivo, hecho curioso, por cierto.

Para el lector que haya seguido la exposición de los caracteres clínicos de este caso, habrán saltado a la vista las diferencias psicológicas existentes entre la idea fija histérica y la obsesión psicasténica.

En primer lugar, la idea fija histérica no es consciente como es la obsesión. La enferma vive absolutamente convencida de que su nariz está deformada, se ha hecho una explicación del caso y no admite ni la sospecha de que pueda tratarse de una ilusión o autosugestión. En cambio, caracterizamos al psicasténico por la duda constante con que analiza el contenido de su obsesión. Vemos en la psicastenia la oscilación psíquica entre la creencia y el sentido crítico, predominando alternativamente uno u otro de esos factores: de allí nacen la incertidumbre, la ansiedad, la relativa conciencia de cada enfermo acerca del carácter mórbido de su idea obsesiva. En cambio, en la idea fija histérica el sentido crítico está abolido y la creencia domina en la psiquis de la enferma: la idea de que está recalcada la nariz parece aislada de todo el resto de la mentalidad consciente: no es criticable o modificable por las demostraciones de los sentidos ni por la lógica de las ideas.

Basta, por otra parte, examinar el origen y evolución de ambos procesos mórbidos para comprobar una profunda diferencia. En el psicasténico, desde que aparece la idea obsesiva del "trabajo mental idiotizante", se determina un proceso de *rumiación psicológica* en torno de esa idea, que es discutida, contraloreada, y se instala con un proceso activo. En cambio, la idea fija histérica *se impone repentinamente,* sin discusión y es pasivamente aceptada con todas sus consecuencias. La idea obsesiva nace, vive y lucha dentro de la lógica del individuo; la idea fija histérica se implanta fuera de su lógica, como un cuerpo extraño.

Un carácter importante es el estado psicológico general. En el psicasténico es característico el descenso de la tensión psicológica: toda la mentalidad está perjudicada. En cambio la idea fija del histérico suele constituir su esencial anomalía psicológica. Fuera de la idea obsesiva del "trabajo mental idiotizante", nuestro primer enfermo tiene complejas perturbaciones mentales; en cambio la histérica reduce todos su trastornos psíquicos a las ideas fijas de dismorfofobia: deformación primitiva de la nariz, extendida luego a los párpados.

En el carácter de nuestra histérica encontramos otros rasgos diferenciales: su propósito de interesar, sus mentiras y simulaciones conscientes o subsconscientes, tan características de estos enfermos, etc.

La diversa sugestibilidad normal e hipnótica de ambos sujetos es utilísima para el diagnóstico; mientras nuestro psicasténico no fué hipnotizable, la histérica lo fué en alto grado, a punto de curar de su idea fija en pocas sesiones, como veremos al comentar los tratamientos indicados en estos casos.

Y si esos datos clínico-psicológicos no bastaran para hacer el diagnóstico diferencial, la histeria presenta estigmas somáticos que disiparían las últimas dudas,

cuando alguna pudiera dejar el análisis genético y evolutivo de los síntomas psicológicos. Mientras el examen del sistema nervioso de nuestro psicasténico es pobre, la histérica revela astenia marcada, hemihipoestesia derecha, anestesia faríngea completa, hiperestesia ovárica, estrechamiento del campo visual, etc.

La simple enunciación de estos caracteres permite diferenciar la idea fija en el neurasténico y en el histérico, sin necesidad de insistir especialmente sobre ello.

## V. — Pronósticos y tratamientos

Para completar estas notas de psicología clínica, no serán superfluas algunas palabras acerca del pronóstico y tratamiento correspondientes a cada una de las perturbaciones psicológicas analizadas.

En la obsesión psicasténica el pronóstico es decididamente grave. La tendencia a la cronicidad es una de las características de ciertas obsesiones; en otros casos puede haber transformación de la psicastenia en delirio franco, sirviendo la idea obsesiva como núcleo del sistema delirante. Por fin, en el menos malo de los casos, la idea obsesiva puede desaparecer; pero queda el fondo psicasténico, siempre expuesto a sustentar nuevos y temibles accidentes mentales.

El tratamiento se desprende del concepto nosológico de la psicastenia: si hay "descenso de la tensión psicológica", la terapéutica debe dirigirse a tonificar y normalizar esa tensión.

El tratamiento será moral, psíquico y general al mismo tiempo. Cambio de ambiente, reposo psíquico y régimen general apropiado; el cambio de ambiente podrá implicar el aislamiento, si menester fuera.

A nuestro enfermo planteamos esta disyuntiva: asilarse en una casa de salud o retirarse al campo. Optó por lo

segundo, siguiendo un régimen general apropiado. No intentamos la sugestión en vigilia ni hipnótica, por tratarse de un enfermo que tenía varias lecturas sobre ese tema y sabía que en definitiva, no hay sugestión del hipnotizador sobre el hipnotizado sin autosugestión consensual de este último; no podía pensarse en hacer terapéutica sugestiva desde que el enfermo no admitía su eficacia.

Ante una idea fija de origen neurasténico puede, por lo general, hacerse un pronóstico benigno si el enfermo es rico; el mayor obstáculo a la curación de la neurastenia es *la pobreza*. De 100 neurástenicos ricos pueden curar 90; de 100 pobres, sólo pueden curar 10.

En nuestro enfermo "avariófobo" indicamos el siguiente tratamiento:

1.° Contra la etiología: vigilancia especial y normalización de las funciones.

2.° Contra la avariofobia: sugestión verbal en vigilia.

3.° Contra el estado neuropático general: higiene terapéutica (reposo físico y psíquico, aeroterapia, hidroterapia, aislamiento), sobrealimentación, tónicos generales y del sistema nervioso.

4.° Tratamiento sintomático contra los trastornos dispépticos, el insomnio, etc.

Instituído el tratamiento, el enfermo pareció mejorar rápidamente, aumentando tres kilos y medio de peso en treinta días. Intercurrió la tentativa de autocastración; pero después de ese episodio el estado general del enfermo siguió mejorando. Un año más tarde, como dijimos, no conservaba rastros de su neurastenia cerebral ni de su idea obsesiva.

El pronóstico de la idea fija histérica está subordinado a la competencia de los médicos que la asisten en su primer período de formación; si el tratamiento se encamina bien, el pronóstico es benigno, pero tórnase grave

cuando ya han fracasado las primeras tentativas terapéuticas. Una idea fija, recién constituída en un cerebro histérico, es fácilmente desalojable por la sugestión, sea en vigilia o hipnótica. Pero si se deja pasar algún tiempo, buscándole remedio en el bromuro o en otras drogas, la idea fija se organiza, se arraiga, se convierte en sistema. No se crea que el único inconveniente de la terapéutica inexperta consiste en dar tiempo a que se organice definitivamente la idea fija; en la histérica se forma esta idea secundaria: la inutilidad de todo tratamiento.

A nuestra enferma ya se la había intentado hipnotizar sin resultado; por eso, cuando quisimos hipnotizarla, se limitó a manifestarnos su desconfianza para ese procedimiento.

Sin embargo, con paciencia, conseguimos dormirla, obteniendo un sueño profundo; en ese estado le practicamos una *masoterapia sugestiva,* diciéndole que al despertar encontraría su nariz muy reducida y bien arreglada. Fueron necesarias cinco o seis sesiones para obtener un resultado completo.

En el período inicial basta la *sugestión en vigilia,* sin hipnotización. El doctor Lucio Aravena, jefe del servicio de electroterapia en nuestra clínica neuropatológica, observó un caso idéntico, curándolo en pocos días mediante la sugestión en vigilia, acompañándola con una pomada anodina.

En los accidentes histéricos nunca se olvidará el peligro de la recidiva, ni se descuidará el tratamiento del estado general de la enferma para inhibir la neurosis. Pero el accidente mismo debe siempre tratarse por la sugestión, sea hipnótica o en vigilia. Como dice Babinsky (29) en su definición de la histeria, una caracterís-

(29) BABINSKY: *Définition de l'hystérie,* Compte-rendus de la Soc. de Neur., Noviembre 1900, París.

tica de los trastornos primitivos de esta neurosis es la posibilidad de reproducirlos por sugestión y de hacerlos desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión.

En suma, la obsesión psicasténica exige como primera norma el aislamiento o la secuestración; la idea fija neurasténica reclama en primer término una prudente higiene terapéutica; la idea fija histérica exige la sugestión, en vigilia o hipnótica. Sin olvidar que la higiene terapéutica conviene a todos, según enseña el *mens sana* vulgar.

# INTERPRETACIÓN CIENTÍFICA Y VALOR TERAPÉUTICO DE LA SUGESTIÓN Y EL HIPNOTISMO.

I. Sugestibilidad general y sugestión hipnótica — II. Automatismo psicológico y personalidad consciente — III. Psicofisiología del hipnotismo y de la sugestión — IV. Estados afines al hipnotismo; sus relaciones con la histeria — V. Valor terapéutico de la sugestión y del hipnotismo.

## I. — Sugestibilidad general y sugestión hipnótica

Rehacer la historia del hipnotismo sería labor superflua, estéril para los propósitos de este libro, máxime si nos engolfáramos en el período precedente a los estudios de Charcot. Hasta esa época, los médicos, preocupados por conservar una solemnidad que podría creerse invariable desde los tiempos de Moliére, alejábanse con prudencia de todo estudio que pudiera comprometerlos ante el público ignorante y cargado de prejuicios. La Academia de París condenó varias veces los experimentos hipnóticos, considerándolos mixtificaciones o charlatanismos. Alguna razón tenía; con frecuencia, lo eran.

Charcot, elevado espíritu de investigador, más vidente que la Academia, encontró en sus estudios sobre la histeria una vía de entrada a los dominios del hipnotismo; avanzó por ella resueltamente e inauguró una rama nueva del saber científico. Se hizo las siguientes reflexiones,

altamente filosóficas, dignas de admiración, recomendables como ejemplo a todos los investigadores: "Cinco o seis veces, desde el siglo último, las asociaciones científicas han sido invitadas a verificar la realidad de los fenómenos hipnóticos; nunca ha podido arribarse a resultados favorables. Ello se debe a la falta de método para realizar esas investigaciones: los experimentadores se dejaron seducir por el deseo de comenzar el estudio por los fenómenos más misteriosos, más atrayentes, más raros; no han seguido ninguna progresión, y cada uno de sus apresuramientos ha retardado en veinte o treinta años el conocimiento de la verdad.—Nosotros decidimos proceder de otra manera. Primero observaremos los fenómenos sencillos, rudimentarios, fáciles de analizar, y sólo avanzaremos después de haber asegurado nuestras posiciones. Sistemática y voluntariamente dejaremos aparte los llamados fenómenos superiores del magnetismo, la doble vista, la adivinación, la transmisión del pensamiento. Cada experiencia será rigurosamente controlada por todos los medios a nuestro alcance. Se evitará, con cuidado, la posible simulación de los sujetos, esa necesidad de hacerse interesantes que caracteriza a los histéricos, y se desconfiará también del entusiasmo propio, de esa exaltación producida en tantos observadores por el interés de los hechos reputados maravillosos. Sobre todo no se irá de prisa. Ante un fenómeno que cautiva por su rareza, esperaremos, si no nos sentimos maduros para abordar su estudio con perfecto conocimiento de causa. Nada nos apresura: lo que nosotros no podamos hacer lo harán nuestros nietos, pues estarán armados de nuestros adelantos".

Esa gran lección de liberalidad y de paciencia, la recordamos para que en ella se inspiren al mismo tiempo los rutinarios y los crédulos, los que se resisten al estudio de los hechos nuevos y los que suelen aceptarlos sin crí-

tica severa. Ambos dificultan, por igual, el adelanto de las ideas, en el orden científico lo mismo que en todas las esferas de la actividad humana.

La obra de Charcot, emprendida sin prejuicios y sin apriorismos, fructificó proficuamente.

El estudio de estos fenómenos, gracias a las investigaciones de los últimos veinte años, ha entrado a una fase experimental, convirtiéndose en una rama de la fisiología humana. A título informativo cabe sentar esta conclusión general: todas las doctrinas animistas, otrora alegadas para explicar estos fenómenos, han quedado completamente fuera de discusión; dígase lo mismo de las doctrinas que podrían llamarse fluidistas, presumiendo la existencia de un fluido que pasaba del hipnotizador al hipnotizado. No se requiere ningún fluido, ni transmisión de substancia alguna; ni siquiera está probada la hipótesis de acciones inteligentes a distancia, alegada para la sugestión mental o telepsiquia. En el hipnotismo nada se conoce que se encuentre fuera de la fisiología cerebral, no obstante carecer de explicación definitiva algunos de sus fenómenos.

Las disidencias que otrora dividieron el campo científico, cristalizándose principalmente en los criterios doctrinarios sostenidos por las escuelas de Charcot y Bernheim—en la Salpétriére y Nancy, respectivamente,—han perdido ahora su valor. Los trabajos notables de Richet, Binet, Pitres, Wundt, Crocq, Berillon, Pierre Janet, Pabansky, Morselli, Courtier, Seppilli, Lombroso, Benedickt, Schrenck Notzing y cien más, ha llevado la cuestión a un terreno mejor definido, netamente clínico, facilitando en lo esencial la unificación de la doctrina científica del hipnotismo.

Sin embargo, el acuerdo dista de ser un hecho en las interpretaciones secundarias. Las teorías de Charcot han caído ante las de Bernheim, mas no por ello consiguieron

las de este último aunar las opiniones de todos los neurólogos y fisiologistas. Sus ideas, exactas en parte, contrastan con ciertos hechos clínicos, si se les atribuye un valor absoluto: por esos las teorías de Bernheim, aunque aceptadas por todos en sentido relativo, levantan objeciones al ser extremadas por sus partidarios.—Grasset (1) expone como sigue su criterio sintético fundamental: "Parto, pues, de la concepción de la escuela de Nancy, que caracteriza la hipnosis únicamente por el *estado de sugestibilidad.* Pero intento dar y conservar siempre una característica precisa y rigurosamente científica a esa noción de la sugestibilidad y de la sugestión. Estoy obligado, sin embargo, y a mi pesar, a combatir la opinión de Bernheim y de quienes le siguen, al considerar que la sugestión engloba toda influencia de un psiquismo sobre otro o sobre sí mismo, llevando así a la negación del hipnotismo".

*

Para fijar más claramente la importancia de estas divergencias—no sobre el concepto fundamental, sino sobre la manera de relacionar el hipnotismo con la sugestión y la sugestibilidad,—convendrá sintetizar la "Concepción general del hipnotismo y la sugestión" del profesor de Nancy, expuesta por él mismo en la forma siguiente (2).

1.° El antiguo *magnetismo* de Mesmes producía una mezcla de histerismo y de sonambulismo, con sugestibilidad, alucinatividad, anestesia y acciones terapéuticas. Se suponía que un fluido magnético, animal o astral, comunicaba sus nuevas propiedades al organismo humano.

2.° El hipnotismo o *braidismo* sucede al magnetismo,

(1) Grasset: *L'Hipnotisme et la Suggestión;* París, 1903.
(2) Bernheim: *Exposée au Congrés des Sociétes Savantes;* 39 Sessión, Nancy, 1901.

en 1841. El fluido especial, llamado magnético, no existe. James Braid demuestra que la fijación de un punto brillante, actuando a través del ojo físico sobre los centros cerebrales, produce un sueño especial o estado próximo al sueño, llamado estado hipnótico, pudiendo en ese estado provocarse los mismos fenómenos que antes caracterizaban al magnetismo: anestesia, alucinatividad, sugestiones, acción terapéutica. El sistema nervioso del sujeto es el factor de todo, mediante la *influencia físico-psíquica* de la retina fascinada y del pensamiento concentrado.

3.° El *sueño sugestivo o hipnótico* de Liebault sucede a la fascinación bráidica, en 1866. El braidismo, o fijación de un puntc brillante, no es necesario para la manifestación de esos fenómenos. Es una *influencia puramente psíquica*, y no físico-psíquica, la que mueve todo. La sola idea del sueño, presentada al sujeto mediante la sugestión verbal, basta para producirlo; los fenómenos otrora llamados magnéticos, y más tarde bráidicos, son una función del sueño provocado por sugestión durante el cual se exalta la sugestibilidad. Ya, en 1815, el abate Faria determinaba el sueño por simple sugestión; corresponde a Liebault la aplicación de la sugestión verbal a la terapéutica.

4.° La *doctrina de la sugestión pura* debe reemplazar a la teoría de la sugestión hipnótica. Queda definitivamente establecido que el sueño provocado es innecesario para obtener los fenómenos llamados hipnóticos: anestesias, catalepsia, alucinación, obediencia automática, efectos terapéuticos; todos ellos pueden obtenerse en estado de vigilia, sin maniobras previas, por la simple palabra, o presentando al sujeto la idea de esos fenómenos; además, todos los sujetos muy alucinables durante el sueño provocado, lo son igualmente en estado de vigilia. Los fenómenos referidos al magnetismo, al hipnotismo, al

sueño sugerido, y que se atribuían a una transformación patológica del organismo, debida a esas maniobras previas, son todos fisiológicos y nacen de una *propiedad normal del cerebro*—variable en sus modalidades y en su intensidad, según los individuos,—*la sugestibilidad*, es decir, la aptitud del cerebro para recibir una idea y transformarla en acto.

Tal es la doctrina que Bernheim desearía hacer prevalecer, considerándola como expresión de la experiencia. Para la escuela de Nancy no hay magnetismo; pero tampoco hay hipnotismo, si se designa con esa palabra un estado de sueño especial, específico, que comunica al organismo propiedades nuevas, pues todas ellas existen sin sueño; y cuando la sugestión crea el sueño, ese estado no difiere del sueño normal, pudiendo sugerirse durante este último los mismos fenómenos; en definitiva, la mayoría de los individuos que se intenta dormir por sugestión o fascinación, no duermen, y sin embargo, muchos de los que no duermen son susceptibles de presentar los fenómenos llamados hipnóticos. El sueño mismo es ya un fenómeno de sugestión, que puede obtenerse o fracasar, según las personas, presentando cada una diversa aptitud sugestiva, que la hace susceptible de realizar algunos fenómenos e incapaz de presentar otros.

Una palabra más—agrega Bernheim—sobre Escuela de Nancy y Escuela de la Salpétriére. "Ambas expresiones son viciosas. En literatura o en arte hay escuelas diversas, en ciencia hay una sola escuela: existen doctrinas verdaderas y doctrinas falsas. La Escuela de la Salpétriére se ha equivocado; ella admite o admitía que el hipnotismo es una neurosis susceptible de surgir solamente en los histéricos; que estaba caracterizada por tres fases: la letargia, la catalepsia y el sonambulismo; que mediante maniobras físicas (apertura de un ojo o fijación de luz viva) se transformaba la letargia en catalepsia, y,

mediante la fricción del vertex, en sonambulismo. Esas diferentes fases, y los fenómenos que las caracterizan, no existe fuera de la sugestión; el hipnotismo de la Salpêtrière fué un producto de cultura: era una neurosis hipnótica sugestiva''.

En suma, Bernheim procura separar la sugestión de todos los "prejuicios": magnetismo, hipnotismo, histeria, sueño provocado, que obscurecen la concepción de este fenómeno; ella exterioriza una propiedad normal del cerebro: la sugestibilidad.

*

Estas opiniones del profesor de Nancy encontraron fácil asidero en innumerables observaciones clínicas, siendo compartidas, en sus líneas generales, por numerosos especialistas. Dada la importancia adquirida en esta teoría por la *sugestibilidad,* convendrá recordar su interpretación y amplitud, según uno de sus más ilustres partidarios, Binet, en un libro que extractamos en los párrafos siguientes, en la época de salir a luz (3):

—El término "sugestibilidad" abarca varios fenómenos que pueden distinguirse de antemano: 1.° La obediencia a una acción moral venida de otra persona; ese sería, en cierto modo, el sentido técnico de la palabra. 2.° La tendencia a la imitación, que en ciertos casos puede combinarse con una influencia moral sugestiva, y, en otros casos, existir aisladamente. 3.° La existencia de una idea preconcebida que paraliza el sentido crítico. 4.° La atención expectante o los errores inconscientes de una imaginación mal regulada. 5.° Los fenómenos subconscientes producidos durante un estado de distracción o después de cualquier hecho capaz de originar un desdoblamiento de la conciencia.

—Esa clasificación sólo puede servir como punto de

(3) *La suggestibilité;* París, 1900. (Reseña de los nuevos estudios de Alfred Binet, por José Ingenieros, en la *Semana Médica,* 14 de agosto de 1900, Buenos Aires).

partida para la investigación experimental; ésta deberá confirmarla o modificarla.

—Ser sugestible o ser autoritario, he aquí el dilema que se plantea para cada individuo; en la vida estamos constantemente sometidos a un proceso recíproco de sugestión; los unos son de preferencia sugestionadores y los otros generalmente sugestionados. Ante campo tan vasto para el estudio de la sugestibilidad, es innecesario recurrir a sesiones de hipnotismo, operando sobre enfermos a quienes se haga comer papas transformadas en naranjas; en el ambiente de la vida real, los fenómenos de influencia y de autoridad moral revisten un carácter más complicado, y por lo mismo; son más fecundos para la observación.

—Entendida así, con amplitud de criterios, es más difícil definir y separar la sugestión de los fenómenos normales. En el sentido técnico riguroso, "la sugestión" es una presión moral que una persona ejerce sobre otra; la presión es moral, es decir, no es una operación puramente física, sino una influencia que actúa por ideas, por intermedio de las inteligencias, de las emociones, de las voluntades. La palabra es la expresión más frecuente de esa influencia; la orden dada en voz alta es su mejor ejemplo. Pero basta que el pensamiento sea comprendido, o solamente adivinado, para producir la sugestión; el gesto, la actividad, y aun menos que eso, el simple silencio, basta a menudo para determinar sugestiones irresistibles. La palabra "presión" debe ser bien definida. Presión quiere decir violencia; por su intermedio el individuo sugestionado procede diversamente de como haría si procediera por sí mismo. Cuando nosotros cambiamos de parecer y de conducta, después de recibir un dato u otro elemento ilustrativo, no obedecemos a una sugestión, pues ese cambio lo hacemos conscientemente, es la expresión de nuestra voluntad, la resultante de

nuestro raciocinio, de nuestro sentido crítico, el producto de una adhesión intelectual y voluntaria al mismo tiempo. Cuando realmente se produce una sugestión, el que la sufre no se adhiere a ella con plena voluntad y con su propio raciocinio; la una y el otro se suspenden para ser reemplazados por la voluntad y el raciocinio del sugestionador.

—Algunos autores piensan que el efecto de la sugestión consiste en poner en movimiento a los centros inferiores, paralizando la acción de los superiores; la sugestión crearía o explotaría un estado de desagregación mental. Binet cree que, por ahora, es superfluo referirla a centros "superiores" e "inferiores"; considera suficiente distinguir un modo simple de actividad automática y un modo más complejo y reflexivo; así podría admitirse que, como consecuencia de la disociación efectuada por la sugestión, se manifestaría el modo simple de actividad, mientras que la forma compleja estaría más o menos alterada.

—El primer carácter de la sugestión es, pues, suponer un proceso disociativo; el segundo carácter consiste en un grado de inconsciencia más o menos definido; la actividad puesta en juego por la sugestión, piensa, combina ideas, razona, siente y actúa sin que el yo consciente y director pueda darse cuenta clara del mecanismo productor de esos fenómenos. Hay, además, un elemento particular que no debe olvidarse; es la acción moral del individuo. El sugestionado, además de ser un tanto autómata, sufre una acción especial emanada de otro individuo: ora se la llama miedo, ora amor, fascinación, respeto, intimidación, seducción, etc. El hecho existe de manera bien manifiesta.

Lo expuesto permite comprender claramente la extensión que da la escuela de Bernheim a la sugestibilidad; el hipnotismo y la sugestión hipnótica son, según ella, un

caso particular de la sugestibilidad en general. Sin embargo, la escuela de Nancy no identifica ambos fenómenos. Binet, en su obra *La suggestibilité,* reconoce la diferencia entre ambos, aunque intenta demostrar que para las experiencias de psicología puede usarse de la sugestión normal, fuera de toda hipnotización. Otrora se experimentaba sobre sujetos previamente hipnotizados; cuando se ensayaban sugestiones en estado de vigilia, empleábanse procedimientos semejantes a los del hipnotismo: es decir, se recurría a afirmaciones autoritarias, determinando una obediencia automática del sujeto, suspendiendo su voluntad y su sentido crítico.

Aunque es posible estudiar la sugestibilidad fuera de la hipnotización, creemos que no debe englobarse el hipnotismo y todos sus fenómenos dentro de la sugestibilidad y la sugestión en general.

*

Grasset no acepta el criterio de la escuela de Bernheim, por considerarlo demasiado amplio. "Para mí—dice — *hay un hipnotismo.* La hipnosis no es el sueño natural y tiene sus caracteres psicológicos propios, así como algunos síntomas independientes de toda sugestión. Todo el mundo no es hipnotizable, aunque todo el mundo duerme; aunque es posible hacer sugestiones verdaderas a algunos individuos dormidos, es a condición de transformar su sueño en hipnosis. Para sugestionar verdaderamente a un sujeto en estado de vigilia, es necesario ponerlo previamente en hipnosis parcial..." "No hay que identificar la terapéutica sugestiva con la psicoterapia entera, de la que es solamente un capítulo. En todo caso, ella no es aplicable, con un fin médico, sino a sujetos enfermos o anormales: las aplicaciones de la sugestión a la puericultura forman parte de la pediatría y no de la pedagogía" (4).

En verdad, desde las más leves sugestiones constante-

(4) Loc. cit., Prefacio.

mente recibidas en la vida diaria, en sociedad, hasta las más irresistibles sugestiones durante los estados profundos de la hipnosis, se pasa por una serie infinita de transiciones imperceptibles; pero ello no puede llevarnos a la unificación de fenómenos sugestivos distintos entre sí, ni mucho menos a desconocer que *el hipnotismo y la sugestión hipnótica se caracterizan por una sintomalogía propia, bien definida, suficiente para diferenciarlos claramente de la sugestibilidad y las sugestiones en general.*

Veamos, pues, cómo pueden precisarse los caracteres fisiopatológicos del hipnotismo y la sugestión hipnótica.

## II. — AUTOMATISMO PSICOLÓGICO Y PERSONALIDAD CONSCIENTE

En presencia de las felices aplicaciones del tratamiento psicoterápico a los accidentes histéricos, en la clínica neuropatológica del Hospital San Roque, de Buenos Aires, fuimos instados, por colegas y discípulos, a exponer *sintéticamente* la doctrina fisiológica del hipnotismo, su interpretación clínica, sus aplicaciones terapéuticas. Estas cuestiones, de suyo obscuras, han sido habitualmente enmarañadas por experimentadores empíricos, ignorantes de la fisiología cerebral y del grupo de ciencias afines que cimenta a estos estudios, recibiendo de ellos, a su vez, preciosos elementos de observación y de análisis: la psicología, la psicopatología, la psicoterapia, etc. Suele hablarse y escribirse mucho acerca de estos fenómenos, sin conocer, por lo general, la constitución anatómica del órgano en que se producen, su actividad fisiológica, los trastornos de sus funciones, las influencias internas y externas a que es más o menos sensible la corteza cerebral del hombre.

Una explicable indecisión nos detenía. Una *síntesis* es lo último en ciencia; no se principia por ella.

El profesor Grasset, cuya autoridad es respetada, intentó resolver en un reciente volumen (5) el difícil problema de la "mise au point", escribiendo uno de los trabajos menos incompletos sobre la materia; bien podríasele considerar como la *exposición sintética de los actuales conocimientos científicos sobre los fenómenos del hipnotismo y la sugestión.*

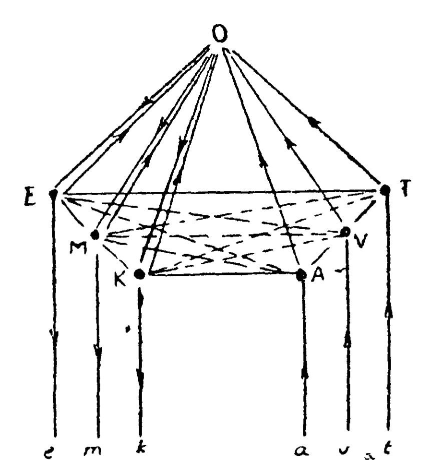
El análisis crítico de las doctrinas vertidas por Grasset y su confrontación con las ideas clásicas de las escuelas de la Salpétriére y Nancy, nos permitirá intentar en pocas páginas la síntesis deseada; su libro es una sobria exposición de conjunto y permite determinar la naturaleza de estos fenómenos. Sobre sus huellas expondremos nuestras opiniones personales, cuyo sólo mérito consiste en estar maduradas en la clínica, bajo el contralor de un esceptismo científico que ha inclinado nuestra experiencia personal hacia una prudente crítica, antes que orientarla por el sendero resbaladizo de la credulidad optimista.

El distinguido neurólogo consagra el primer capítulo de su libro al estudio de lo que llama *automatismo superior o psiquismo inferior.* "Es una función automática distinta del arco reflejo ordinario, pues conduce a actos coordinados, inteligentes, y en cierta medida, espontáneos. Es una función *psíquica,* cuyos centros están en la corteza gris cerebral; sin embargo, debe distinguirse cuidadosamente de la función psíquica superior, sitio de la alta intelectualidad, de la personalidad, de la conciencia plena. De esa doble característica derivan las dos expresiones que se usan para designar esta función: automatismo superior, psiquismo inferior". Esta concepción, expuesta por Piérre Janet (6) en su tesis del doctorado en letras y luego desenvuelta en sus estudios sobre la

(5) Grasset: *L'Hipnotisme et la suggestión,* París, 1903.
(6) Janet: *L'Automatisme Psychologique,* 2.ª edition. Ed. Alcan, 1894.

mentalidad de los histéricos (7), fué desarrollada por Grasset (8) en sus lecciones y se va incorporando a la psicología experimental y clínica.

Los centros automáticos superiores tienen autonomía propia y son distintos de los centros reflejos. Ellos no están en el eje bulbomedular (reflejos), ni tampoco en los centros basales y mesocefálicos (reflejos superiores, automatismo inferior). Residen en la corteza cerebral, pero se diferencian de los centros del psiquismo superior, situados también en la corteza.




*Esquema general del psiquismo superior e inferior*

O: centro psíquico superior de la personalidad consciente.
A, V, T, E, M, K: polígono de los centros psíquicos inferiores o del automatismo psicológico.
A, V, T: centros sensitivos.
K, M, E: centros motores.
*a*A, *v*V, *t*T: vías centrípetas sensitivas.
*k*K, *m*M, *e*E: vías centrífugas motrices
EA, EV, ET, MV, KA, KT, etc.: vías intrapoligonales.

Para hacer más claro su concepto, usa Grasset un *esquema de la fisiopatología del psiquismo*, bien conocido,

(7) JANET: *Etat mental des hystériques*, 2 vol., en Bibliot. Charcot Debove, 1893.
(8) GRASSET: *Lecons de clinique medicale*, vol. III, 1898.

que permite fecundas aplicaciones en el estudio de la psicopatología.

En O está el centro psíquico superior, formado, naturalmente, por infinito número de neurones de asociación. Debajo está el *polígono* (A, V, T, E, M, K,) formado por los centros sensoriales de recepción (auditivo, visual, sensibilidad general, A, B, T,) y los centros motores de transmisión (kinético, articulación de la palabra, escritura, K, E, M). Esos centros, situados todos en la substancia gris de las circunvoluciones cerebrales, están unidos entre sí por fibras transcorticales, intrapoligonales; unidos a la periferia por vías subpoligonales, centrípetas y centrífugas; y unidos al centro superior, O, por fibras suprapoligonales; las unas centrípetas (ideosensoriales) y las otras centrífugas (ideomotrices).

Se puede tener, o no, conciencia de los actos automáticos, según que la actividad automática esté comunicada o no con el centro O, donde las funciones del yo son conscientes.

Luego los actos automáticos superiores no son conscientes ni inconscientes en sí mismos: se tornan conscientes por la asociación de la actividad automática con la actividad consciente.

Pero esos actos son actos psíquicos, pues en su funcionamiento intervienen la memoria y la inteligencia. Un ejemplo, para aclarar, tomado de la fisiología del lenguaje. Un sujeto lee en voz alta. Si presta atención a lo que lee; pensando en ello, interrumpiendo y retomando voluntariamente la lectura, es prueba de que su centro O, está comprendido en el círculo v*VOM*m. Si, en cambio, está dictando o lee para otra persona, sin pensar en la lectura, si lee automáticamente, O queda fuera del círculo: lee con *v*V M*m*. Es un acto puramente automático y el sujeto puede conscientemente pensar en otra cosa.

En estado normal o fisiológico todos esos centros actúan simultáneamente, sus actividades se intrincan y se sobreponen, asociadas en íntima colaboración. De allí provienen las dificultades que presenta el estudio del automatismo superior, pues debe ser limitado a la simple función poligonal. En la vida corriente no puede discernirse el automatismo, pues está a las órdenes del psiquismo superior. Pero en ciertos estados, que señalamos en seguida se produce una disociación suprapoligonal, disgregándose la actividad automática superior y la actividad consciente.

Esas disgregaciones pueden ser:

Fisiológicas (distracción, hábito, instinto, pasión).

Extrafisiológicas (mesas girantes, lectores del pensamiento, mediums).

Patológicas (enfermedades mentales, sonambulismo, histeria, automatismo ambulatorio, tics).

Orgánicas (afasias o parálisis, por lesión orgánica).

En esos estados es fácil estudiar la actividad propia del psiquismo inferior o automatismo superior.

Esa interpretación no debe considerarse como una "metáfora", ni tampoco como una "explicación". Es una *simple expresión esquemática* de hechos demostrados por la clínica.

## III. — Psicofisiología del hipnotismo y de la sugestión

Partiendo de esa *fisiopatología del psiquismo,* dividido en superior (o consciente) e inferior (o automático), Grasset intenta definir los caracteres propios de la "hipnosis, o estado de sugestibilidad".

Charcot y su escuela habían estudiado minuciosamente los caracteres somáticos del hipnotismo, fundando la clasificación de las diversas formas del gran hipnotismo en

el estado de la motilidad: la hiperexcitabilidad neuromuscular en la letargia, la flexibilidad cérea de los músculos en la catalepsia, la contractura o relajamiento sin hiperexcitabilidad muscular en el sonambulismo. Esas opiniones no pueden ya compartirse; el estado de la motilidad no es una característica de la hipnosis. Lo mismo puede decirse de la sensibilidad, cuyo estado es variabilísimo, así como también el de la memoria, la profundidad del sueño, la pérdida de la consciencia y otros caracteres secundarios.

"Deducidos esos fenómenos eventuales, se llega a esta conclusión: el único carácter constante, específico de la hipnosis, es el *estado de sugestibilidad*: un sujeto hipnotizado es, por definición, un sujeto a quien pueden hacerse *sugestiones*. Este principio ha sido netamente establecido por la escuela de Nancy, gracias a Liebault y Bernheim: hoy debe considerarse como indiscutible". El problema queda ahora planteado así: ¿Qué es una sugestión? ¿Qué es el estado de sugestibilidad?

Aquí conviene tener presentes las ideas de la escuela de Nancy, según las fuentes de Bernheim y Binet.

Grasset no acepta la definición de Bernheim: la sugestión "es el acto por el cual una idea es introducida en el cerebro y aceptada por él". De esa manera la enseñanza, la lectura, la conversación, los espectáculos... todo es sugestión. En ese sentido, como observa Janet (9), quedan equiparadas las lecciones impartidas por un profesor y las alucinaciones provocadas en una histérica hipnotizada.

La sugestión hipnótica puede tener algunas analogías con la influencia que, en la vida corriente, algunas personas ejercen sobre otras. Sin embargo, esta influencia es un fenómeno normal, mientras que la sugestión hipnó-

(9) Janet: Loc. cit..

tica es extranormal. El profesor que convence a sus oyentes se dirige a su personalidad consciente, actúa sobre su inteligencia, subordinándose al sentido crítico de quien le escucha; el hipnotizado acepta las sugestiones automáticamente, sin que el contralor de su inteligencia y de su sentido crítico puedan impedirlo.

La hipnosis es, pues, un estado especial, extrafisiológico, y debe ser distinguido por la influencia fisiológica que puede ejercer un psiquismo sobre otro; no se observa en todos los individuos, ni en igual grado en aquellos que lo presentan.

Se ve, a las claras, que si Grasset se aleja de las ideas sostenidas por la escuela de la Salpétriére, no deja por ello de apartarse también de las profesadas en Nancy.

Aunque no dá una explicación (pues el fondo íntimo de los fenómenos sigue siendo obscuro), da por lo menos una concepción psicológica simple y clara del estado de sugestibilidad: *es un automatismo emancipado de su centro consciente, que obedece al centro consciente del hipnotizador.* Se ve inmediatamente la diferencia entre la sugestión comprendida de esta manera y los otros medios de influencia psíquica enumerados. En la imitación, la persuasión, la demostración, la personalidad consciente del sujeto no está anulada; el interlocutor actúa sobre ella, es una acción de personalidad a personalidad. En cambio la sugestión es una orden dada por el hipnotizador al automatismo del hipnotizado. De esta manera no es posible decir, con Bernheim, que la sugestión es una orden "aceptada" por el sujeto; al contrario, cuando hay aquiescencia no hay sugestión: ésta sólo existe en caso de obediencia, sin aceptación ni consentimiento del sujeto.

Esta opinión, si todavía no es universalmente aceptada por los psicólogos y neurologistas, gana importancia cada día, pudiendo aproximarse a las de otros autores, y hasta

encontrar asidero en las opiniones de algunos adversarios. Nuestras propias observaciones clínicas, recogidas con la más absoluta despreocupación doctrinaria, nos acercan a esa opinión como la más conforme a los hechos observados en la clínica y estudiados experimentalmente.

En suma: *en el estado de sugestibilidad, el automatismo está fisiológicamente separado de su centro consciente; conserva su actividad propia, pudiendo estar exagerada en ciertos casos; pero esa actividad automática es muy maleable y está enteramente subordinada al centro consciente del hipnotizador.*

## IV. — Estados afines al hipnotismo; sus relaciones con la historia.

La *familia* del hipnotismo está compuesta por todos los estados en que hay disociación más o menos completa entre el automatismo psicológico y la actividad consciente. Entre ellos se encuentran, primeramente, los estados fisiológicos, como la distracción y el soñar. La doctrina de la escuela de Nancy ha tomado óptimos fundamentos en las analogías entre la sugestión y ciertos estados fisiológicos.

Pero ellas no son menores con algunos hechos extrafisiológicos, como el cumberlandismo, las mesas movibles y algunos fenómenos mediánicos (10). En todos esos casos

(10) En el quinto Congreso Internacional de Psicología, celebrado en Roma en Abril de 1905, "se inició una interesante escaramuza acerca de los mediums, el medianismo y los fenómenos que suelen designarse con el nombre de espiritismo científico, desacertadamente.

"Este es uno de los campos frecuentados por los semicultos en psicología, como los semicultos en medicina caen en la homeopatía o el electro-magnetismo. Son cerebros incompletos que se indigestan rumiando un entrevero de conocimientos y preocupaciones, de hechos y prejuicios, de ciencia y superstición. Son casos de fanatismo complicado con un saber exiguo y unilateral, mil veces más funesto que la ignorancia completa. Saber mal y a medias es peor que no saber.

"Un congresista, por ejemplo, ha "inventado" una explicación de los fenómenos de transmisión mental, que los italianos y alemanes llaman de transferencia psíquica y los franceses e ingleses califican de sugestión mental. Pretende que los centros nerviosos de cada hombre repre-

el automatismo del sujeto se deja dirigir por la actividad consciente de otro individuo.

Por fin, hay también estados francamente patológicos en los cuales se observa esa misma desagregación, la autonomía del automatismo con relación a la personalidad consciente: así sucede en la histeria, el sonambulismo, la catalepsia, el automatismo ambulatorio.

sentan un imán y se encuentran rodeados de una atmósfera o campo vital. Un hombre puede influir sobre el campo vital de otro, como un imán sobre el campo magnético de otro. Bajo esa influencia, los elementos de ambos sujetos se orientan en un mismo sentido, y esta coincidencia es la vía del transporte psíquico.

"Diez años de asiduo ejercicio bibliográfico no nos permiten explicar mejor esa teoría, que, a su vez, no explica ninguno de los fenómenos que el autor desea explicar. Se funda en premisas imaginarias e indemostrables, de las cuales deduce conclusiones completamente ajenas a los conocimientos científicos actuales.

"Un apasionado espiritista, cogió la ocasión al vuelo y repitió el consabido discurso acerca de las fotografías espiríticas de Crookes, las congeturas de Flammarión, los experimentos de Rochas, los estudios de la Sociedad Londínense de investigaciones psíquicas, la moderada simpatía de Richet y las sencillas declaraciones de Lombroso. Habló con calor, como persona que al fin se libra de un gran peso o desahoga un deseo reprimido por muchos años.

"Intervinieron varios profesores aportando al debate las nociones que puede prestarle la psicopatología del sistema nervioso; excluyeron por igual la invención magnética y la fe espiritista. La discusión tornóse interesante; se prescindió del trabajo inicial del debate y se trataron cuestiones harto obscuras para iluminarlas definitivamente en una charla de congreso.

"Nadie niega la existencia de fenómenos anormales (algunos los llaman extranormales) en los sujetos llamados mediums; esos fenómenos suelen producirse gracias a la presencia del medium y de los experimentadores. Las personas que tienen conocimientos especiales sobre la fisiología y la psicología del sistema nervioso, saben que los mediums suelen ser sujetos histéricos o simples sugestionados; los actuales conocimientos clínicos y experimentales permiten explicar la mayor parte de esos fenómenos, su casi totalidad. Quedan algunos hechos no explicados todavía; para su interpretación bastaría admitir que en el organismo humano existen modos de sensibilidad y de movimiento mal conocidos aún, pero cuya existencia comienza a demostrarse.

"Los que no saben psicología ni fisiología del sistema nervioso, ni patología cerebral, los que no han pisado una clínica ni un laboratorio, se limitan a atribuir esos fenómenos a los espíritus de los muertos. Esta no es una explicación científica; es una creencia. El espiritista atribuye a los espíritus los movimientos del trípode y las comunicaciones que cree recibir de ultratumba, con perfecta buena fe; así también el primitivo atribuye el rayo a la ira de los dioses y los fuegos fatuos a paseos de los muertos para distraerse del tedio sepulcral asustando a los pacíficos vecinos de las necrópolis. Representa, pues, una etapa primitiva de la interpretación de los fenómenos naturales.

"Estos fenómenos, por su mismo carácter extraordinario, se prestan singularmente a la exageración pleonástica y al arreglo novelesco. Cada libro contiene un décimo de hechos observados personalmente y nueve décimos de referencias ajenas, casi siempre de tercera o quinta mano, cuando no de vigésima. Ocurre lo mismo con los relatos personales; además del espíritu de proselitismo interviene en estas exageraciones la vanidad personal, pues el relato de cosas interesantes proyecta interés sobre el protagonista. (Nota agregada desde la segunda edición).

Todos esos estados de desagregación de la personalidad no son, sin embargo, idénticos: no deben ser confundidos. determinando modalidades particulares del automatismo Al lado del carácter común, cada uno de ellos tiene caracteres propios, particulares, que permiten diferenciarlos, psicológico.

La escuela de Nancy, sin embargo, ha contribuído a la confusión de todos ellos, partiendo de la supuesta identidad entre el hipnotismo y los estados fisiológicos parecidos. Grasset insiste en la diferenciación: "La hipnosis o estado de sugestibilidad no es un fenómeno fisiológico ni puede identificarse con el sueño natural; todo el mundo duerme y, sin embargo, todo el mundo no puede ser hipnotizado."

*

La confusión con la histeria, el sonambulismo, la catalepsia y las neurosis similares, fomentada por la escuela de la Salpétriere, no parece destinada a sobrevivir mucho tiempo. "Sin duda—dice Grasset—los histéricos son *a menudo* hipnotizables, y los hipnotizables son *a menudo* histéricos; pero no puede decirse *siempre* para ninguno de esos dos casos. Hay histéricos que no son hipnotizables, y sujetos hipnotizables que no tienen un solo estigma histérico."

Aún se está en plena discusión acerca de las relaciones entre la histeria y el hipnotismo. Babinsky (11) identifica ambos fenómenos; en definitiva, el hipnotismo sería un estado histérico provocado. Baste comparar la definición de la histeria y la del hipnotismo, dadas por Babinsky: "La histeria es un estado psíquico que permite al sujeto que lo posee autosugestionarse.— Se manifiesta principalmente por trastornos primitivos

(11) BABINSKY: II Congrès International de l'Hypnotisme, París, 1900.

y accesoriamente por algunos trastornos secundarios.— Lo que caracteriza a los trastornos primitivos es la posibilidad de reproducirlos por sugestión, con rigurosa exactitud en ciertos sujetos, y de hacerlos desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión. Los trastornos secundarios se caracterizan por estar estrictamente subordinados a los trastornos primitivos.'' Esta definición puede compararse con la del hipnotismo. ''Es un estado psíquico que hace al individuo susceptible de sufrir la sugestión ajena. Se manifiesta por fenómenos que la sugestión hace nacer, que la persuasión hace desaparecer, y que son idénticos a los accidentes histéricos.'' Se trata, en ambos casos, de manifestaciones semejantes; se distinguen porque en la histeria nacen por autosugestión y en el hipnotismo por sugestión ajena. El histérico es activo; el hipnótico es pasivo.

La opinión de Sollier (12), que merece recordarse en esta delicada cuestión, aproxímase más a la de Babinsky que a la de Grasset. Considera a la hipnosis como un grado más intenso del estado histérico, y no diferenciable por ningún carácter esencial; por eso es fácilmente provocable en los grandes histéricos. ''Si no considero a la hipnosis como un fenómeno histérico propiamente dicho, lo encuentro muy estrechamente ligado a la histeria, provocando un estado cerebral idéntico, o exagerándolo cuando ya existe.''

En el Congreso Internacional de París de 1901, Oscar Vogt, de Berlín, se manifestó en armonía con las ideas de Sollier; oigamos sus razones (13). Admitido el origen esencialmente psíquico de los fenómenos histéricos, puede tomarse como punto de partida su semejanza con los fenómenos del sueño normal y de la hipnosis,

(12) SOLLIER: *Genese et nature de l'hystérie* — *L'ystérie e son traitement*, Edit. Alcan, París 1903.
(13) VOGT: *Congrés international, Section de Psychiatrie*, p. 135 París 1901.

para clasificarlos con acierto. El sueño normal y la hipnosis son inhibiciones que revisten los siguientes caracteres: 1.° Pueden ser superficiales o profundos; la inhibición ligera abarca la mayoría de los fenómenos psicológicos, respetando un pequeño número cuya intensidad está exagerada; la inhibición profunda es completa. 2.° Jamás llega su profundidad hasta una detención completa de la vida psíquica; siempre permite ciertos fenómenos psíquicos, cuyo recuerdo puede reproducirse concentrando retrospectivamente la atención. 3.° Esas inhibiciones pueden comenzar y concluir bruscamente. 4.° Pueden ser generales o parciales; en el segundo caso difusas, localizadas o sistemáticas. Todas esas propiedades se encuentran en los fenómenos histéricos, con la sola diferencia característica de que ellas aparecen y desaparecen por obra de las emociones. En suma, podría decirse que los fenómenos histéricos representan inhibiciones de sueño, producidas por emociones, en sujetos dotados de emotividad mórbida exagerada.

Bernheim, después de negar la autonomía nosológica de la histeria, declarándola "enfermedad por sugestión", es consecuente al ver en ambos estados el resultado de la exaltación de una misma aptitud psíquica fundamental, la sugestibilidad; ésta actuaría, en ambos casos, sobre la misma "diátesis histerógena o hipnógena congénita", resultando los fenómenos histéricos cuando hay autosugestión y los fenómenos hipnóticos cuando hay heterosugestión (14).

En suma: a pesar de esa diversidad de criterios, parece que es legítimo diferenciar, desde el punto de vista clínico y experimental, los fenómenos hipnóticos de los fenómenos histéricos y similares. Se trata, sin duda, de

(14) BERNHEIM: *De la suggestion et de ses applications e la thérapeutique*, tercera edición, París, 1890.

hechos semejantes, pero aun no es posible proclamarlos idénticos: la experimentación clínica revela esas diferencias. Creemos más respetables los hechos bien observados que las doctrinas no conformes con ellos.

Pueden, pues, *aproximarse* esos estados y fenómenos a los propios del hipnotismo, pero es ventajoso *no confundirlos*.

## V. — Valor terapéutico de la sugestión y del hipnotismo.

Discutido con pasión, agriamente condenado por unos y exaltado a la apoteosis por otros, el valor terapéutico de la sugestión y del hipnotismo merece la atención de los médicos prácticos, pues permite obtener, en determinados casos, curaciones rápidas, con facilidad suma y sencillez de procedimientos.

La escuela de la Salpétriere dice por boca de Richer y Gilles de la Tourette (15): "Nuestra opinión queda en breve formulada. Desde que el hipnotismo, según hemos establecido, no actúa más que sobre los neurópatas, para no decir los histéricos, sus maniobras sólo deberán emplearse como agente terapéutico en el tratamiento de los accidentes referibles a ese estado patológico. Sacamos desde ya esta consecuencia, que demostraremos más tarde: está médicamente prohibido, so pena de ver desarrollarse una multitud de trastornos mucho más graves que los existentes, hipnotizar a sujetos que no presenten los síntomas de la histeria confirmada." Frente a la opinión de la Salpétriere, veamos la de Nancy. Pitres (16) considera "que si la medicación

(15) Richer y Gilles: Art. Hypnotisme, Dictionaire Encyclopedique des sciences medicales.
(16) Pitres: *Lécons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, pág. 396.

sugestiva no hace bien, tampoco puede hacer mal; en todas las enfermedades, además de las lesiones que la sugestión no puede enmendar, hay trastornos funcionales sobreagregados, que ella puede modificar felizmente. Partiendo de esos principios, Liebault y Bernheim en Nancy, Berillon y Luys en París, Lloyd Tuckey en Londres, Moll en Berlín, van Renterghem y van Eedem en Amsterdam, Weterstrand en Estocolmo, etc. se empeñan en hipnotizar a cuantos enfermos aceptan sus cuidados: atáxicos, tuberculosos, cancerosos, coxálgicos, disentéricos, etc., prohibiendo al uno sufrir dolores, ordenando al otro tener apetito, al tercero que no mueva el vientre más de dos veces diarias, etcétera. Obtienen, según dicen, éxitos notables y publican estadísticas muy hermosas". El mismo Bernheim (17), al elogiar los méritos de la escuela de Nancy, dice que su obra es "la aplicación mejorada y sistemática de la sugestión al tratamiento de los enfermos, el empleo de la sugestión hipnótica como método psicoterapéutico", dando a la sugestión mucha amplitud y abarcando en un grupo toda la psicoterapia, todos los tratamientos morales, la medicina de imaginación, la terapéutica mental, la sugestión y la pedagogía.

Entre ambos extremos se escalonan los numerosísimos autores que han tratado el tema. En rigor, ninguno se atreve a negarle toda importancia; pero en cambio algunos proclaman la sugestión como la panacea de las panaceas. Duprat (18), sin incurrir en las objeciones grotescas con que han fulminado el hipnotismo muchos de sus enemigos apasionados, avanza estas objeciones contra el principio mismo de la terapéutica sugestiva: "¿Cómo podría ser un remedio la sugestión, si el desarrollo de la sugestibilidad es la consecuencia del

(17) Bernheim: *Hypnotisme, Suggestion*, etc., 1891.
(18) Duprat: *L'instabilité*, etc. Editor Alcan, París, 1899.

estado mórbido? Para ser sugestible, es decir, crédulo en exceso, apto para admitir el absurdo mismo, si ese absurdo es afirmado imperiosamente, se requiere una previa incapacidad de sistematizar sus pensamientos, de percibir las incoherencias, las contradicciones; es necesario no poder gobernarse más, carecer de voluntad propia, de yo independiente, de actividad psíquica normal. Los más instables son los más sugestibles; cuanto menos enfermo mentalmente tanto más escéptico será el sujeto, en el sentido verdadero de la palabra, ante las afirmaciones ajenas y los datos de la propia imaginación. Ahora, para que una sugestión actúe a punto de modificar una actividad mental, debería ser firmemente adoptada, enérgicamente abrazada, y de ello es incapaz un instable. Sólo puede ser un llamado a la instabilidad misma. Para obtener un resultado ilusorio, con el empleo de la sugestión, se llega a la ruina cada vez más completa de ese "yo" que se pretendía salvar."

Teniendo en cuenta esa divergencia de opiniones, se ha buscado en la clínica los verdaderos resultados, independientemente de los juicios personales. Como dice Janet, "la sugestión es en realidad un maravilloso agente terapéutico" cuyo alcance "no debe exagerarse". El mismo Wuntd, que en sus primeros tiempos manifestó opiniones extremas contra el empleo terapéutico del hipnotismo, admitió más tarde que en el terreno de la práctica profesional el hipnotismo tiene "un valor que no puede desconocerse", pues "en realidad se trata de la adquisición de un método terapéutico de importancia extraordinaria". Para ello es necesario, como dice Pitres, no erigir la hipnoterapia en método general, limitando su empleo a los casos en que hay motivos serios para esperar resultados eficaces. En suma—deduce Grasset,—para éste, como para todos los agentes terapéuticos, es necesario determinar las indi-

caciones y las contraindicaciones, los resultados útiles que deben perseguirse y las acciones nocivas a evitar, deduciendo los casos en que debe y puede emplearse.

Del estudio de las contraindicaciones, parece desprenderse un solo inconveniente verdadero: la hipnosis crea o acentúa la desagregación de la personalidad. De ello no deduce Grasset la condenación absoluta de este medio terapéutico, sino las cuatro conclusiones siguientes:

1.ª No siendo el hipnotismo un agente inofensivo (casi todos los medicamentos son venenos y pueden hacer mal), sólo debe emplearse medicinalmente, por un médico experimentado, capaz de ponderar las indicaciones y contraindicaciones, concluyendo como suele hacerse en clínica general. Cuando opte por la afirmativa no debe hablar de ello al sujeto antes de asegurarse la aprobación y la presencia del pariente más cercano; después lo propondrá al sujeto y procederá de acuerdo con él.

2.ª No debe pedirse a la hipnosis la curación de un estado puramente mental, ni aun de neurosis tan grave y profunda como es la histeria. Dirigiéndose al automatismo psicológico solamente, la hipnosis no puede actuar sobre las enfermedades de la personalidad consciente. Utilizando lo inconsciente, el hipnotismo no puede curar lo mental, cuyo restablecimiento significa normalizar la colaboración íntima entre lo automático y lo consciente.

3.ª Sin embargo, puede emplearse el hipnotismo en las neurosis con disociaciones psíquicas, como la histeria. A la pregunta de Duprat: "¿Cómo podría la sugestión ser un remedio si el desarrollo de la sugestibilidad es un estado mórbido?", debe contestarse: ¿Por qué no utilizar (si es posible) con un fin terapéutico esa sugestibilidad creada por la neurosis? Este hecho

desliga al hipnotismo de toda responsabilidad acerca de aquélla, limitándose simplemente a aprovechar una situación especial de la sugestibilidad no creada por él.

4.ª El problema terapéutico plantéase, en cada caso, como sigue: he aquí un enfermo hipnotizable, es decir, que tiene (por su enfermedad) tendencia a la desagregación; el hipnotismo podría, acaso, exagerarla. ¿El temor de esos inconvenientes compensa las ventajas que es dado esperar? El médico debe plantearse esta cuestión: "Sintéticamente: la indicación capital del hipnotismo en terapéutica es dada por *las localizaciones precisas, estrechas o tenaces de las neurosis, y especialmente de la histeria.* En el tratamiento de las neurosis, de la histeria en particular, hay dos grandes fuentes de indicación: la neurosis misma y sus localizaciones. El hipnotismo sólo responde a este último elemento clínico."

La hipnosis, en sí misma, sin acompañarla de indicaciones verbales, es un medio de sugestión. "El sujeto, al ser dormido, sabe que esas maniobras tienen un fin terapéutico; en algunos casos el sueño provocado entra en la medicina de imaginación." Binet y Feré consolidan esa idea recordando que muchos enfermos de la Salpétriere, ingresados por ataques convulsivos, dejaron de sufrirlos al ser sometidos al sueño hipnótico, excluyendo toda sugestión verbal. En el mismo orden de ideas, Westerstrand propone un tratamiento de la histeria, no sólo sintomática, sino fundamental, mediante la hipnotización prolongada.

La acción terapéutica es más eficaz y directa cuando se agrega a la hipnosis la sugestión; su forma más eficaz es la sugestión psíquica. ¿Cómo actúa?

Liebault—el verdadero creador de este procedimiento terapéutico—distinguía en la sugestión tres acciones terapéuticas diversas: acción sustitutiva, acción pertur-

badora y acción correctiva (19). En la *acción sustitutiva,* la atención del sujeto se distrae de su enfermedad y se dirige a otra idea o hecho que reemplaza al anterior. Cita a Pascal, que curó de una atroz odontalgia aplicándose a resolver el problema de la curva cicloidea; Kant, acosado por palpitaciones y angustia precordial, se curaba transportando su atención sobre un trabajo mental muy intenso; Padioleau, adelantando la hora en el reloj, hizo desaparecer en una mujer la fiebre "de causa moral", cuyos accesos se producían puntualmente a las cuatro y media. Esta acción se obtiene afirmando al sujeto que su enfermedad desaparece, ha desaparecido y no reaparecerá al despertar. Otras veces se da un punto de referencia. Un cliente de Liebault curó de odontalgia desde que comenzó a cortarse las uñas todos los lunes, y otro se libró de una fiebre intermitente usando una bolsa de tela sobre el pecho, durante veinticuatro horas, y tirándola después a un arroyo. La *acción perturbadora* se obtiene provocando, durante el sueño, una fuerte emoción, miedo, alegría, etc.; ejerce la influencia propia de todas las emociones bruscas sobre el sistema nervioso. La *acción correctiva* es el método lento, opuesto al de perturbación, actuando por una serie de sugestiones que destruyen gradualmente la idea mórbida y normalizan la función alterada.

En la actualidad el procedimiento de elección es el tercero, procurando restaurar por grados la función, reeducándola, despertando paulatinamente los centros dormidos, según los términos de Sollier.

La indicación por excelencia de la sugestión hipnótica la dan los *accidentes histéricos,* por ser las perturbaciones nerviosas más precisas, tenaces, rebeldes a los

(19) Liebault: *Thérapeutique suggestive,* etc., 1891.

tratamientos medicamentosos, molestas para el enfermo y las personas que lo rodean; Blocq, en 1889 (20), sintetizaba sus conclusiones diciendo que para aplicar la sugestión terapéutica en un caso dado, es necesario juzgar que los inconvenientes acarreables al enfermo por el desarrollo de su sugestibilidad sean menores que los debidos a los trastornos que se desea curar: afonía, parálisis, contractura, etcétera.

La sugestión en vigilia es menos eficaz que durante el sueño hipnótico, pues el sueño exalta la sugestibilidad; sobre este punto concuerdan todos los autores. La sugestión en vigilia, en el amplio sentido que le atribuye Bernheim, excede la órbita de la hipnoterapia para entrar a la psicoterapia general; es la medicina moral de los filósofos clásicos, el consuelo de los místicos, la medicina imaginativa, la acción de presencia del médico sobre el enfermo. Recientemente ilustró De Fleury (21) esta medicina del espíritu; entre nosotros, se ocupó Ayarragaray (22) de la acción curativa de las influencias morales, en el último capítulo de su libro sobre las pasiones.

Pero es innegable la superioridad de la sugestión hipnótica sobre la simplemente verbal, por más que ésta ofrezca buenos resultados en sujetos muy sugestibles. "El sueño—dice Bernheim (23),—suprimiendo el contralor activo del cerebro, dejando libre juego a la imaginación y al automatismo, exalta singularmente la sugestibilidad, por cuyo motivo debe tratarse de provocarlo toda vez que sea posible." Crocq sintetiza la cuestión diciendo: "Por eso, aunque la sugestión en vigilia posee un innegable valor curativo, que los médicos ha-

(20) BLOCQ: *Indicaciones del hipnotismo en la histeria*, artículo en el *Bulletin médical*, 1889, núm. 58.
(21) DE FLEURIURY: *Introduction a la médecine de l'esprit*, París, 1900.
(22) AYARRAGARAY: *Pasiones*, Buenos Aires, 1893.
(23) BERNHEIM: *Sugg et Hypnot*, en la *Revue de Psychologie*, 1898.

rían mal en desconocer, la sugestión durante la hipnosis da los resultados más brillantes, cuando la sugestión en vigilia no consigue efectos favorables; por eso la sugestión hipnótica es, y será siempre, el agente psicoterápico por excelencia, al cual se recurrirá con toda confianza en los casos más rebeldes'' (24).

Este agente terapéutico ha sido empleado en las neurosis; pero los resultados realmente indiscutidos sólo se obtienen en los diversos accidentes histéricos. Algunos autores han ensayado su acción sobre funciones habitualmente sustraídas a la voluntad: regularizar la menstruación y provocarla en caso de falso embarazo, vómitos gravídicos, metrorragias, hemoptisis neuropáticas, constipación, hiperhidrosis, dermatitis, verrugas, etc. Se refieren buenos resultados, pero conviene aceptarlos sin entusiasmo; si son ciertos, son hechos de excepción.

En las enfermedades mentales, propiamente dichas, poco puede esperarse de este tratamiento; sólo en los trastornos mentales sobrevenidos en histéricos cabe esperar algún resultado eficaz.

En los estados de abulia, la sugestión hipnótica es un valioso recurso para la reeducación de la voluntad; aplícase en los psicasténicos, en los alcoholistas habituales, morfinómanos y toxicómanos en general, partiendo de la premisa que son enfermos de la voluntad, en los cuales puede ésta reeducarse para resistir a las tendencias o impulsos mórbidos.

La hipnosis ha sido empleada como agente anestésico, variando su eficacia con el sujeto y el género de intervención. La sugestión hipnótica tiene campo de acción en la pedagogía y en la llamada ortopedia mental de los degenerados. Estos son nuevos capítulos abiertos a la

(24) Crocq: *L'Hypnotisme scientifique*, 1900, pág. 606.

psicología normal y patológica, dignos de atención; por ellos la medicina invade el terreno de muchas disciplinas afines, entre las ciencias psicológicas y sociales: bastaría recordar el rol respectivo de la sugestión y de la sugestividad en la psicología de las multitudes y de sus conductores.

En los capítulos precedentes hemos expuestos los resultados de nuestra propia experiencia clínica. Hemos usado sistemáticamente la sugestión hipnótica en el tratamiento de los accidentes histéricos: los resultados han sido, sin duda, alentadores. Podemos repetir que en esta materia, más que en otras, hemos sometido los hechos clínicos, experimentales y terapéuticos, a un severo contralor científico, efectuando las observaciones personales bajo un prudente escepticismo, sin resbalar por el sendero de la credulidad optimista.

---

## ACCIDENTES SENSITIVOS Y CONVULSIVOS

I. Frecuencia y caracteres de estos síntomas — II. Desarrollo de la histeria epileptiforme — III. Estado general de la enferma — IV. Extensión, topografía y variabilidad de las anestesias — V. La diátesis de contractura — VI. Caracteres y diagnóstico de los fenómenos convulsivos — VII. Experimentación clínica durante el sueño hipnótico — VIII. Tratamiento psicoterápico.

### I. — Frecuencia y caracteres de estos síntomas.

Antes de que Charcot levantara en la Salpétriére el suntuoso monumento clínico de la histeria, sus dos grandes caracteres eran bien conocidos: las anestesias permanentes y las crisis convulsivas.

Los viejos tratados de brujería contienen preciosas informaciones sobre las posesiones demoníacas; los "estigmas", o anestesias permanentes, empezaron a existir desde que así lo resolvieron los inquisidores. Durante la Edad Media se sospechaba de sortilegio diabólico a todo sujeto que presentaba una crisis convulsiva. Para confirmar la sospecha se buscaban de inmediato los famosos *stigmata diaboli* con que Satanás señalaba a sus víctimas: "zonas de anestesia cutánea, mucosa, córnea, faríngea, anal; crisis con arco de círculo". Cuando la exaltación mística general hace que hombres y mujeres se sientan poseídos por Dios, los estigmas son los mismos que cuando dependen del diablo; la teomanía y la demo-

nomanía se caracterizan, en la imaginación popular, por análogos estigmas.

Las cosas no cambian hasta que, en 1872, Charcot estudia a los histéricos. Las crisis convulsivas se presentan a su observación con los mismos caracteres que habían descripto los demonólogos; y en esos enfermos impresionantes él busca sistemáticamente los estigmas tradicionales: anestesias de la piel y de las mucosas, etc. Como lo presumía, todos los histéricos presentaban esos estigmas permanentes al mismo tiempo que los ataques y aún cuando no tenían ataques.

Esos puntos de partida le llevaron a la constitución de su cuadro clínico de la histeria. Las anestesias constituyeron los estigmas permanentes, patognomónicos de la enfermedad; los ataques convulsivos fueron ajustados a un "programa", que en la Salpétriére era cumplido con más frecuencia que en las otras clínicas.

Desde esa época la histeria se consideró como una neurosis, es decir, como una afección puramente funcional y sin lesión duradera del sistema nervioso; sus manifestaciones se dividieron en dos grupos, los *estigmas* y los *accidentes*. El tipo de los estigmas, fijos y permanentes, fueron los trastornos de la sensibilidad: anestesias cutáneas y profundas, anestesias sensoriales y particularmente del campo visual, hiperestesias con zonas histerógenas. El tipo de los accidentes, variables y transitorios, fueron los ataques convulsivos, cuyo arquetipo o "gran ataque" se consideró dividido en cinco períodos: inicial, epileptóideo, clównico, de las actitudes pasionales y delirante.

¿Esos *estigmas* son fijos y permanentes? ¿Esos *accidentes convulsivos* se presentan conforme a la descripción clásica? Contra los estigmas se pronunció abiertamente Bernheim, en 1901, negando que existieran; en cuanto a los períodos del "gran ataque" no vaciló en

decir que eran la expresión de una *histeria cultivada* en la clínica de Charcot.

La primera cuestión afecta al concepto y naturaleza de la enfermedad; la segunda se limita a corregir la descripción del más típico de sus accidentes. Sin detenernos en el examen general de las anestesias y las convulsiones, necesariamente privado de novedad, estudiaremos minuciosamente un caso clínico que las presenta bien caracterizadas, insistiendo particularmente sobre algunas interesantes cuestiones de clínica, de fisiopatología experimental y de psicoterapia, en sus relaciones con la sugestión durante el sueño hipnótico.

## II. — Desarrollo de la histeria epileptiforme.

La enferma es una joven de diez y ocho años de edad, soltera, de alta estatura, aspecto simpático y complexión robusta. Sus antecedentes familiares se limitan a una hermanita de la enferma, de ocho años de edad, que tiene histeria infantil, a cuyo desarrollo cooperó, sin duda, la imitación de los accidentes observados por ella en su hermana mayor.

Los antecedentes individuales son de poca significación clínica, hasta la edad de doce años. Con los trece sobrevino la pubertad y entró en escena la neurosis, acompañada por un cortejo semeiológico completo. Al principio fueron simples mareos, vahidos, palpitaciones de corazón: a poco andar aparecieron las crisis convulsivas, con el cuadro típico del ataque histérico. A la edad de quince años su familia observó una transformación fundamental en los caracteres del ataque; un grito lo iniciaba, caía la enferma donde se encontrase, sin poder apoyarse en sitio alguno para evitar los bruscos efectos de la caída; durante el ataque se mordía la lengua,

cubriéndosele de espuma la boca y comprimiendo sus pulgares bajo los otros dedos; en pocas palabras, los primitivos ataques de histeria asumieron desde entonces, los caracteres propios de los ataques epilépticos. Este diagnóstico tenía la enferma antes de concurrir a la clínica del Hospital San Roque.

La duración de cada ataque variaba entre diez minutos y dos horas; el aura sobrevenía inesperadamente, casi siempre bajo forma de escozor en los dedos, rematando en el grito epiléptico; las convulsiones eran tónicas en el primer período, clónicas en el siguiente, sobreviniendo finalmente una fase de resolución general. Muchas veces terminábanse por llanto copioso o postración soñolienta.

La enferma soportaba su neurosis ensayando brebajes y linimentos que gozaban de reputación curativa en su medio. Fué bromurizada, a grandes dosis y sin método alguno, por diversos facultativos; como resultado de ese tratamiento, la enferma llegó a los diez y siete años de edad con tres o cuatro ataques diarios.

Bajo nuestra asistencia (que comenzó a mediados de 1901 y duró hasta fines de 1903) la enferma sufrió dos nuevas transformaciones en el tipo de sus ataques. Ocho o diez meses después de concurrir a la clínica del hospital San Roque, nos refirió que sus crisis se le anunciaban de distinta manera, produciéndose diversamente. Iniciábanse por constricción epigástrica, aceleración cardíaca, sensación de bolo ascendente retroesternal, ahogo y pérdida de conocimiento, sin grito inicial; precedía al ataque una vaga sensación de malestar, y la enferma tenía tiempo de precaverse contra los resultados de la caída; no se mordía la lengua, no espumaba su boca, no seguía sueño profundo al ataque, ni siquiera somnolencia. El cuadro del ataque epiléptico transformóse en el de un ataque histérico.

Un año más tarde, a principios de 1903, la enferma sufrió nuevas crisis epileptiformes, sin librarse por ello de las histéricas; mas no existía entre las unas y las otras una alternación regular, ni siquiera equivalencia numérica o intensiva. Producíanse al azar, según uno u otro tipo clínico.

Los antecedentes relacionados con los caracteres del ataque, revelan cuatro etapas clínicas en la evolución de los fenómenos convulsivos:

1.° Un período de ataques con caracteres histéricos.

2.° Ataques con caracteres francamente epilépticos.

3.° Segundo período de ataques histeriformes.

4.° Ataques con caracteres alternados, histéricos o epilépticos.

¿Estamos en presencia de una histérica, de una epiléptica, de una histero-epiléptica o de una histérica y epiléptica al mismo tiempo? Esta interesante cuestión de diagnóstico merece aplazarse para después de referir los resultados del examen.

## III. — Estado general de la enferma.

Bajo una robusta contextura física y un excelente equilibrio mental, el estado aparente de la joven no haría presumir jamás, por la simple inspección, el hondo trastorno de su sistema nervioso. Su aspecto es tranquilo, bondadoso y simpático; su conducta amable y dócil; viste modestamente, pero sin descuido, guardando una habitual apostura de ingenua altivez que armoniza con sus movimientos tranquilos, nunca excesivos.

El examen de sus caracteres morfológicos no revela asimetrías ni datos dignos de señalarse. Panículo adiposo discreto, piel blanca, pelo castaño, extremidades bien desarrolladas, busto soberbio.

Funciones circulatorias habitualmente normales; los trastornos de ritmo e intensidad que preceden y acompañan a los accesos, no dejan rastro alguno en los períodos intercurrentes. Respiración normal. Funciones digestivas y genitales correctas; secreciones y temperatura normales. Duerme ocho horas, de sueño continuo y reparador, sin perturbaciones oníricas de ninguna clase.

En su sistema nervioso resaltan los trastornos de las funciones musculares y de la sensibilidad, que analizaremos en los parágrafos siguientes. Los reflejos tendinosos están ligeramente exagerados; los cutáneos, periósticos y mucosos normales, con excepción del reflejo faríngeo, cuya ausencia coincide con absoluta anestesia de las fauces. Las pupilas son iguales, reaccionan muy bien a la luz, a la acomodación espontánea y ordenada, a las excitaciones dolorosas y al reflejo ideomotor. Los reflejos vasomotores son poco intensos, exponentes de una emotividad moderada.

Las sensaciones subjetivas son exiguas; raros dolores de cabeza, aunque siempre con exageración en el vértex, dando la clásica sensación del "clavo histérico".

El estado mental de esta enferma es digno de señalarse particularmente, por su extraordinaria normalidad; es un tipo de excepción, podría tomarse como exponente psicológico del sujeto normal. Su lenguaje, poco cultivado, es preciso y discreto; su mímica mesurada y eficaz. Una atención clara y persistente coexiste con su feliz memoria, íntegra; la asociación de ideas es ordenada, aunque pobre; la imaginación coherente, las percepciones rápidas. La ideación es sencilla, pero equilibrada; los sentimientos sociales, familiares y de amor propio están escrupulosamente adaptados a la vida en su medio social, siendo poco acentuados los sentimientos religiosos. Su voluntad permítele guiar sus actos y adaptar su conducta armónicamente a las condiciones

de vida en sociedad, pasando desapercibida entre las personas que la rodean.

Veamos los trastornos de su sensibilidad, primero, y luego los de su sistema muscular.

## IV. — Extensión, topografía y variabilidad de las anestesias.

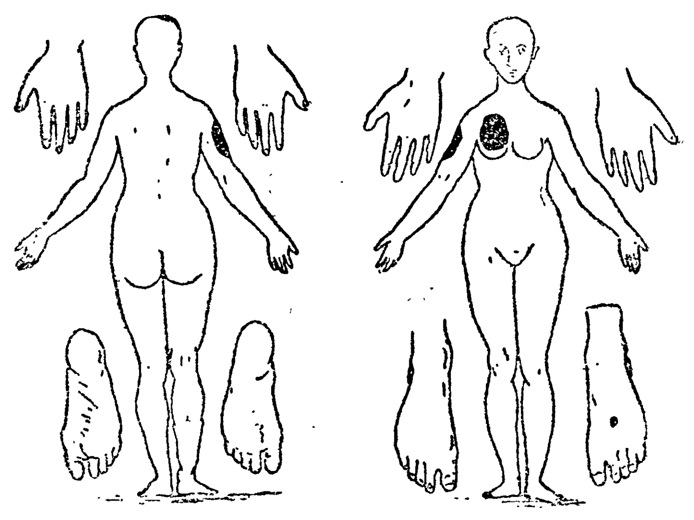
Tres hechos caracterizan en esta enferma los trastornos de la sensibilidad: la extensión, su topografía y los cambios repentinos.

Antes de referir las anestesias cutáneas, recordemos que la enferma tiene anestesia faríngea permanente; además, revela estrechamiento de ambos campos visuales, cuya extensión y forma varía en los diversos exámenes practicados, existiendo algunas veces escotomas; estos cambios corresponden a los que examinaremos en la sensibilidad cutánea general.

Nunca presentó anestesia generalizada. Esta forma total se observa rara vez en la clínica; el enfermo no puede moverse ni abandonar el lecho, pues la vista y las sensaciones cutáneas son indispensables para la coordinación de los movimientos: el enfermo cree moverse en el vacío. Tampoco observamos en nuestro caso esas anestesias musculares profundas y generalizadas, que producen una insensibilidad en todo el espesor de los miembros; baste recordar que en una enferma de Briquet era tan profunda la insensibilidad, que vendándole los ojos podía sacársela de su cama, pasearla en un carricoche y acostarla de nuevo en su lecho, sin que ella tuviera la menor sospecha de que la hubiesen movido.

Solamente observamos en nuestra enferma anestesias de tipo diseminado, en placas, y pocas veces hemianestesia bien limitada. La extensión de su anestesia cutánea

es, por lo general, muy grande; algunas veces comprende más de la tercera parte de la superficie del cuerpo. La topografía es irregular, no correspondiendo a zonas de inervación o de irrigación sanguínea, ni siquiera a una

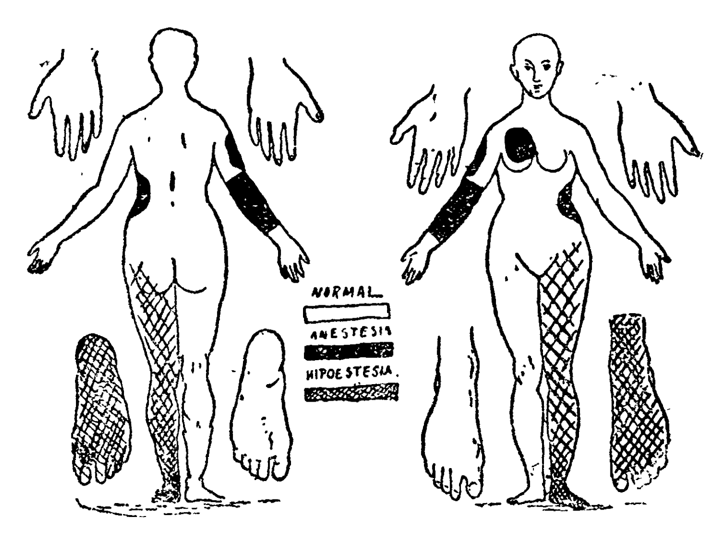


topografía segmentaria o funcional bien marcada. Dos placas han sido permanentes, persistiendo a través de todas las mutaciones de las demás: 1.ª Placa supramamaria derecha, irregularmente elíptica, desde el borde derecho del esternón hasta la línea mamaria externa, y desde el borde inferior de la clavícula hasta el pezón de la mama: esta placa no coincide con ninguna zona histerógena ni inhibidora. 2.ª Placa subdeltóidea derecha, en la cara externa del brazo, de cuatro centímetros de ancho por seis o siete de largo; carece de función excitante o frenadora. En ambas zonas la anestesia es completa, resiste diez y ocho meses al tratamiento bromurado, y comprende las diversas formas de sensibilidad: táctil, dolorosa y térmica.

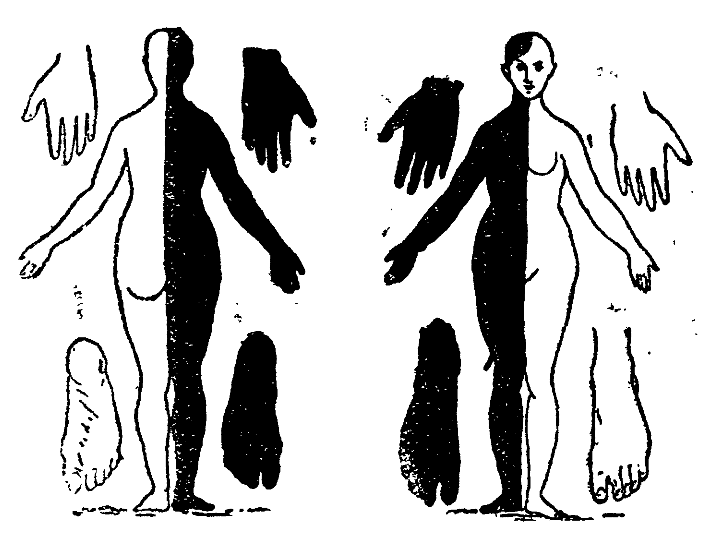
Acompañan a las placas fijas otras zonas anestésicas

transitorias, caracterizadas por su mutabilidad topográfica; nunca observamos, sin embargo, disociación de las diversas sensibilidades. He aquí, elegidos entre muchos otros *estesiogramas,* los tres más diferentes tomados en esta enferma, todos en un mismo bimestre.

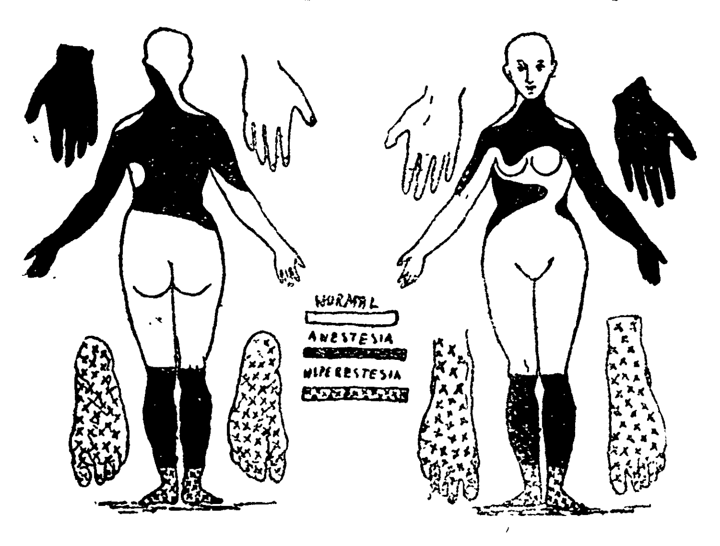
I.—A fines de abril de 1902, la enferma además de sus dos placas permanentes, presentaba: 1.°, anestesia en forma de manguito sobre el brazo y antebrazo derecho; 2.°, anestesia en el hipocondrio izquierdo; 3.°, hipoestesia de toda la pierna izquierda.




II.—A principios de junio de 1902, la sensibilidad de la enferma dió un estesiograma de hemianestesia derecha completa, tomando todas las formas de sensibilidad cutánea y con perfecta conservación del sentido muscular. Las placas permanentes estaban involucradas en la hemianestesia derecha. La cara permaneció exenta de alteración, no ocurriendo lo mismo con el cuello y cuero cabelludo. En el centro de la espalda la anestesia invadía el omóplato izquierdo.



III.—Al terminar el mismo mes de junio, tres semanas después de tomado el anterior, recogimos el siguiente estesiograma, caracterizado por la distribución irregular de las zonas anestésicas y acompañado de completa anestesia de la lengua y de toda la mucosa bucal. Ambos pies presentaban una hiperestesia en forma de zapato.



Sin profundizar el estudio patogénico de las anestesias histéricas, en general, pues sólo queremos señalar su instabilidad clínica, diremos que esos tres estesiogramas pertenecen a la época en que la enferma tuvo trastornos de la sensibilidad más extensos y movedizos, coincidiendo con anomalías de sus funciones catameniales y con un sensible aumento en la frecuencia de sus accesos convulsivos: por ese entonces estaban reducidos habitualmente a uno por semana, pero llegaron a cuadruplicar esa proporción.

Sólo recordaremos que tres teorías dividen las opiniones sobre la naturaleza de las anestesias histéricas. Para Janet (1) se trata de fenómenos puramente psicológicos, de desintegración de la personalidad, aislándose funcionalmente de todos los demás un centro cortical cualquiera; la anestesia correspondería a un islote de corteza cerebral cuyas funciones se hubiesen disociado del resto de la personalidad. Para Sollier (2) ese islote, que sería un centro funcional de la corteza, estaría dormido o abotagado, pudiendo dormirse uno o más centros, simultánea o sucesivamente, en sueños parciales. Para Bernheim (3) la anestesia histérica es puramente psíquica y sus caracteres son absolutamente idénticos a los de la anestesia sugerida a un sujeto dócil; en otras palabras, la anestesia del histérico es debida a la autosugestión, como la del hipnotizado es debida a la heterosugestión.

Como lo hemos indicado, la interpretación clínica de Janet no se opone a la explicación fisiopatológica de Sollier. Las dos, por lo demás, se avienen con la doctrina etiológica de Bernheim, que expresa un hecho fácil de comprobar por todo clínico que observe sin apriorismos:

(1) JANET: *Automatisme Psychologique*, *Les accidents mentales*, *Névroses et idees fixes*, etc.
(2) SOLLIER: *Genese et nature de l'hystérie*, *L'hystérie et son traitement*, etc.
(3) BERNHEIM: *De l'anésthésie hystérique: son mécanisme psychique*, en Rev. de *Médecine*, Marzo, 1901, etc.

la imitación, la sugestión, la atención o distracción, las emociones y otros fenómenos psicológicos, pueden determinar, modificar o suprimir en muchos casos una anestesia sensitiva o sensorial, que en definitiva resulta ser una auto o heterosugestión.

La enferma presenta, además de sus anestesias variables, varias anestesias permanentes: dos zonas cutáneas, una faríngea y estrechamiento del campo visual. Tienen los caracteres clásicos de los estigmas; mientras las otras anestesias se modifican espontáneamente o por sugestión experimental, esas no varían. ¿Han sido provocadas durante el examen médico, sugiriéndolas involuntariamente al buscarlas? No es posible resolver ese problema retrospectivo. Pero debemos hacer constar que no desaparecen por sugestión, aunque las demás desaparecen inmediatamente. La única afirmación que podemos hacer es la siguiente: coexisten en la enferma zonas anestésicas permanentes y zonas anestésicas variables. Las unas tienen caracteres de estigmas; las otras, caracteres de accidentes.

## V. — La diátesis de contractura.

Charcot (4) describió con el nombre de *diátesis de contractura* un estado especial de la tonicidad muscular, exteriorizado por la tendencia a entrar en contractura; esta diátesis sería peculiar de los histéricos y predispondría al desarrollo de las parálisis espasmódicas. De igual manera, la llamada *diátesis de amiostenia*, caracterizada por la tendencia a la hipotonia muscular, implicaría una predisposición a las parálisis flácidas. Richer (5) estudió con especial cuidado este punto, sosteniendo

(4) Charcot: *Clinique des Maladies du Système Nerveux*—Passim.
(5) Richer: *Etudes cliniques sur la grande hystérie, etc. Paralysies et contractures hystériques.*

que ese estado no es parálisis ni contractura propiamente dichas, aunque tiene los caracteres de ambas; no se traduce exteriormente por signos objetivos, conservando el enfermo plena libertad de movimientos, hasta que un factor accidental provoca sus manifestaciones. Generalmente es ignorada por los sujetos en quienes se observa, y sólo algunos individuos saben que al hacer movimientos bruscos sus miembros tienden a contracturarse en el momento en que los efectúan. Muchos autores creen ver en esta diátesis simples fenómenos de sugestión; así opina Déjerine (6).

En nuestra enferma la diátesis de contractura existe de modo bien marcado. Basta friccionar profundamente, en vigilia, los músculos de cualquiera de sus miembros, para determinar un hipertonus bien manifiesto, el cual se intensifica progresivamente hasta llegar a la contractura. El mismo resultado se obtiene friccionando los gruesos nervios en la raíz de los miembros o aplicando una venda de Esmarch; en este último procedimiento, como lo indicaba Brissaud, al comprimir demasiado, el efecto falla. Estas contracturas experimentales desaparecen espontáneamente en la enferma; su duración corresponde a la intensidad de la contractura producida.

La educación (histeria de cultura, como la llamó Bernheim) y la sugestión hipnótica influyen poderosamente sobre el desarrolo de esta tendencia a la contractura muscular, como veremos en seguida. En las enfermas educadas basta cualquiera excitación mecánica, y aun la simple orden verbal, para determinar la contractura de un miembro.

Según Charcot, la diátesis suele acompañarse de anestesia más o menos neta, tactil y muscular. En nuestra enferma el miembro es sensible antes de determinar la

(6) DEJERINE: en el *Tratado de patología*, de Bouchard.

contractura y anestésico mientras está contracturado, cesando la anestesia al normalizarse el tonus muscular. Sollier (7), que atribuye tan importante rol a la anestesia en la patogenia de todos los fenómenos histéricos, da la siguiente explicación de estas contracturas, en armonía con su interpretación de la neurosis: "La contractura presenta una analogía completa con la catalepsia parcial, corresponde al mismo estado de anestesia, y sólo difiere por la manera de provocarse el movimiento determinante. En la catalepsia parcial, en efecto, se coloca el miembro en una actitud dada, sin producir contracción muscular. Como efecto de la anestesia muscular y de la inconciencia que tiene el sujeto acerca de la actitud de su miembro, es incapaz de modificarla, y el estado tónico persiste. En cambio, para la contractura, es necesario provocar una contracción muscular. Una vez producida la contracción y suprimidas las sensaciones musculares a causa de la anestesia profunda, como en el caso precedente, el sujeto no puede ya modificar la actitud asumida y la contractura persiste, como antes, en estado tónico".

## VI. — Caracteres y diagnóstico de los fenómenos convulsivos.

La escuela de Charcot nos ha legado una descripción típica del gran ataque histérico, principalmente en los dos libros clásicos de Richer (8) y Gilles de la Tourette (9). Sin espacio, ni necesidad, para referir en detalle la evolución clínica del gran ataque, diremos solamente que en él solían distinguirse generalmente cinco fases:

(7) Sollier: *L'hystérie et son traitement.*
(8) Richer: *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, parte II, vol. I.
(9) Gilles de la Tourette: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, cap. I.

*a*) Inicial: anunciada por modificaciones del carácter y de la inteligencia, alucinaciones, trastornos psíquicos diversos; el ataque comienza por un "aura", generalmente una sensación de bola que asciende desde la región ovárica o el epigastrio hasta la faringe, con angustia retroesternal, terminándose por sensación de estrangulamiento. El enfermo suele tener conciencia de que su crisis sobreviene, y a menudo puede sentarse o acostarse para evitar los efectos de una caída brusca; en algunos casos ésta es inevitable.

*b*) Período epiletóideo, durante el cual se suceden las convulsiones tónicas, las convulsiones clónicas y la resolución muscular, lo mismo que en los ataques de epilepsia.

*c*) Período de clownismo: caracterizado en ciertos casos por movimientos y contorsiones verdaderamente clownescas, y en otros enfermos por actitudes forzadas, más o menos acrobáticas. Durante ese período los enfermos hablan, vociferan, gritan; en las frases rotas que pronuncian puede a menudo rastrearse la causa provocadora de los accesos, pues las enfermas suelen revivir algún acontecimiento anterior que ha influído sobre la etiología de los accidentes.

*d*) Período de las actitudes pasionales: los enfermos continúan reviviendo ese hecho, se entregan en brazos de sus sueños y sus pasiones, y traducen por actitudes apropiadas los sentimientos que prueban: actitudes de terror o regocijo, de excitación erótica o misticismo religioso, etc.

*e*) Período delirante: el sueño prosigue, pero más tranquilo. El delirio puede continuarse durante muy largo tiempo y en ciertos casos arrastrar al enfermo a la locura.

Este cuadro típico, trazado por los clínicos de la Salpétriére, solamente se observa en un reducido número de

histéricos y rara vez responde estrictamente a esa determinación. En general, el ataque histérico es menos interesante, faltando los últimos dos o tres períodos. Nada hay invariable ni preciso a este respecto; Roux (10), estudiándolo con criterio semeiológico, formula esta conclusión sintética: "Todos los elementos de la gran crisis pueden existir solos o combinarse de las más distintas maneras".

En nuestra enferma tenemos dos clases de ataques. Los unos convulsivos, precedidos por aura histérica y seguidos por ligero delirio o subdelirio; los otros se inician y evolucionan con los caracteres del ataque epiléptico, resolviéndose en la misma forma que éste. Nunca hubo clownismo, actitudes pasionales, ni período delirante bien definido. Pero los hemos presenciado en otras enfermas, dentro y fuera del hospital.

En estas condiciones el diagnóstico de la enfermedad — a juzgar por los simples caracteres de sus ataques convulsivos—se prestaría a ciertas dudas clínicas. Desfilan sucesivamente un período de ataques con caracteres siempre y exclusivamente histéricos, continuado por otro de convulsiones francamente epileptiformes, al cual sigue una tercera etapa de ataques histéricos, para caer finalmente en una alternación irregular de ambos tipos convulsivos. Si prescindiéramos de los demás signos clínicos, se nos plantearía el diagnóstico diferencial entre la histeroepilepsia, la histeria epileptiforme y la coexistencia de ambas neurosis, histeria y epilepsia, evolucionando independientemente.

Es sabido que la histero-epilepsia es considerada por algunos autores como una entidad nosológica independiente, distinta de la histeria y de la epilepsia, aunque revestida de ciertos caracteres propios de cada una de

(10) Roux: *Maladies Nerveuses*, parte I, cap. I. § III.

ellas; sería una especie clínica híbrida, mestiza. No compartimos tal opinión; creemos, en cambio, con Charcot, que se trata de una modalidad clínica especial de la histeria verdadera, perfectamente caracterizable y que debe designarse con el nombre de histeria epileptiforme. Pero en ciertos casos, como observa Grasset (11), la epilepsia y la histeria verdaderas pueden coéxistir en un mismo individuo; entonces, la crisis de cada una conserva su fisonomía distinta; en general se distingue bien lo que pertenece a una y a otra, no solamente por los caracteres del ataque, sino por su comienzo y terminación. Un caso de Laudouzy, citado por Briquet (12), merece recordarse a este respecto. Una joven, epiléptica desde su infancia, contrae matrimonio a los diez y ocho años, ocultando su enfermedad; la revelación de esta aflictiva neurosis produce en el hogar inquietudes de toda clase. La histeria se sobrepone entonces a la epilepsia, evolucionando ambas simultáneamente, pero de distinta manera; más tarde un embarazo devuelve la paz a los esposos; la histeria desaparece, pero queda la epilepsia. Ambas neurosis se conservan independientes, como si se tratase de una pleuresía en un epiléptico o de una nefritis en una histérica.

Restríngese, pues, el diagnóstico a dos términos: histeria epileptiforme o histeria asociada a la epilepsia. Obsérvese que, en realidad, el segundo diagnóstico puede abarcar al primero; pero los caracteres extrínsecos al ataque inclinan hacia la histeria epileptiforme.

La existencia de estigmas histéricos permanentes, la movilidad especial de las anestesias y la diátesis de contractura, imponen el diagnóstico de histeria, pero el admitir la histeria no excluye la posibilidad de que coexista la epilepsia y sea causante de los ataques epilep-

(11) Grasset: *Maladies du Systéme Nerveux*, vol. II.
(12) Briquet: *Traité clinique*, etc.

tiformes; por los simples datos clínicos la duda sería posible.

## VII. — Experimentación clínica durante el sueño hipnótico.

El diagnóstico de los accidentes histéricos posee un recurso poderoso en la sugestión hipnótica; ésta permite una fácil experimentación clínica, que suele aclarar los últimos puntos obscuros. En general, los accidentes se modifican por la sugestión hipnótica, mucho más fácilmente que por la simple sugestión verbal en vigilia.

La experimentación clínica mediante el hipnotismo, siendo uno de los hechos más interesantes en el estudio de la histeria, es generalmente poco practicada, no obstante las numerosas ventajas que de ella podrían recabar la fisiología y el diagnóstico. El hipnotismo se emplea casi exclusivamente como recurso terapéutico.

Presentamos esta interesante enferma en una de las "lecciones clínicas", del curso de Psicología Experimental dictado en la Facultad de Filosofía y Letras por el profesor Horacio G. Piñero, quien ilustra sus lecciones teóricas con trabajos experimentales y con la presentación de casos clínicos, tomando en la psicopatología aquellos elementos, de observación y contraste, utilizables para el estudio de las funciones psicológicas normales.

Ante los alumnos del Curso de Psicología la enferma fué, sucesivamente, hipnotizada por los tres procedimientos más usuales: fijación ocular directa, fascinación por un objeto brillante, compresión de los globos oculares. El sueño hipnótico sobrevino en treinta segundos o en un minuto, haciéndose la respiración más pro-

funda y entrando todo el cuerpo en relajación general, idéntica a la del sueño ordinario.

Dormida la enferma, bastan simples órdenes verbales para hacerla levantar y trasladarse de un punto a otro, efectuando los movimientos que le ordena el experimentador. La diátesis de contractura se acentúa muchísimo durante el sueño hipnótico; basta poner los brazos bruscamente en extensión, o friccionarlos levemente, para que se produzca la contractura instantánea, unilateral o doble. El miembro contracturado queda en absoluta rigidez; tres alumnos intentan en vano vencer violentamente la contractura sugerida; la simple indicación verbal basta para suprimirla, y (dada la educación de la enferma) un leve golpe sobre su brazo produce el mismo efecto. Una fricción suave desde la nuca hasta los talones, permite determinar una contractura general de todo el cuerpo, produciendo un estado cataleptiforme que permite a la enferma mantenerse tendida sobre el respaldo de dos sillas, apoyando la nuca en el uno y los talones en el otro. La resolución de esta contractura, mediante la sugestión verbal, es inmediata.

Conviene repetir que tales contracturas experimentales sólo son inofensivas mientras se provoque rápidamente su resolución, en la misma sesión hipnótica. Es siempre peligroso despertar a una histérica, que nunca haya tenido contracturas, con una de origen experimental; la enferma se educa, adquiere conciencia de que podría tenerlas, y ello basta para que puedan realmente producirse.

Durante el sueño hipnótico la enferma es insensible; se puede pincharla superficial y profundamente sin que manifieste ninguna de las reacciones consecutivas a las excitaciones tactiles y dolorosas. Mediante la sugestión verbal pueden producírsele anestesias de diversa topografía, que persisten después de despertada la enferma;

pueden también transferirse las zonas anestésicas existentes, o suprimirlas. Para esto último conviene reforzar la sugestión verbal con fricciones en el sitio anestésico o con cualquiera otra excitación mecánica; es el procedimiento curativo, por excelencia, de todas las anestesias de origen histérico.

Es pernicioso provocar sugestivamente alucinaciones experimentales en las histéricas; por ese medio es fácil hacerles comer papas o esponjas, diciéndoles que son bombones, o hacerlas deleitar oliendo el imaginario perfume de rosas que emana de una alcachofa puesta en su mano. Son juegos poco serios y peligrosos, pues despiertan en la enferma la posibilidad de fenómenos alucinatorios, que ella misma no sospechaba hasta entonces. Ni en esta enferma, ni en otra alguna de nuestro servicio, hemos practicado ni permitido jamás la práctica de estas experiencias perjudiciales.

Para estudiar los caracteres de los fenómenos convulsivos, el procedimiento más sencillo y corriente consiste en excitar las llamadas zonas histerógenas, que poseen la capacidad de provocarlos. Debemos hacer constar que en las histéricas no educadas son poco frecuentes las zonas histerógenas, no obstante la opinión contraria de eminentes colegas; en cambio todas las histéricas acaban por tenerlas después de algún trato con médicos. A fuerza de buscar las zonas, se excitan determinados puntos del organismo (los de mayor sensibilidad, normalmente: mamas, ovarios, etc.), determinando alguna vez un ataque; este hecho facilita su repetición, siempre que se renueven sensaciones semejantes. Sin negar, pues, la existencia de zonas histerógenas primitivas (aunque no las hemos visto) consideramos que generalmente resultan de la educación y son obra del manoseo profesional, de acuerdo, en esto, con Bernheim y Babinsky.

Nuestra enferma no ha tenido, ni tiene, zonas histe-

rógenas en vigilia. Pero durante el sueño hipnótico pueden determinarse en ella zonas histerógenas o frenadoras, a voluntad, mediante la simple sugestión verbal. Se le indica que bastará comprimirle el vértex, el codo o la rodilla para que se produzca un ataque y que al tomarla de las muñecas o de la nariz cesará inmediatamente; así ocurre, en efecto, pudiendo repetirse infinitas veces el ensayo, cambiando cada vez la zona de excitación o frenadora; el ataque puede ser detenido en cualquier momento.

Esos ataques experimentales permiten observar sus caracteres intrínsecos, facilitando el diagnóstico en ciertos casos dudosos; en este concepto hemos podido comprobar el valor de la experimentación durante el sueño hipnótico, en casos de hemiplegia, hipo y otros accidentes de interpretación incierta.

En esta enferma los ataques provocados fueron indistintamente de tipo histérico puro o de tipo histero-epileptiforme. Dato esencial: dejando prolongar un mismo acceso, algunas veces transfórmase en epileptiforme el que comienza histeriforme, y viceversa. Esta observación confirma la opinión de que ambos tipos son manifestaciones de la histeria.

## VIII. — Tratamiento psicoterápico.

En el tratamiento de esta enferma conviene distinguir dos fases diferentes: 1.ª El tratamiento de los accidentes visibles (convulsiones y anestesias), después de producidos. 2.ª El tratamiento general de la neurosis, o profilaxia de los accidentes.

Para el tratamiento de los accidentes empleamos (primitivamente) bromuro de potasio, durante un año y medio, en el período de predominio de los ataques epi-

leptiformes. Se hizo el tratamiento sistemático, persiguiendo la dosis de saturación, contraloreada por el estado de las reacciones pupilares, e instituyendo una higiene terapéutica apropiada. Los ataques disminuyeron hasta uno o dos por semana, no consiguiendo mejorar ese resultado.

Después se ensayó la psicoterapia, mediante la sugestión hipnótica, pero sin suspender el bromuro. Se consiguió determinar en la enferma zonas frenadoras del ataque, para utilizarlas toda vez que los sufriera. Se sugirió a la enferma que la compresión de las muñecas determinaría la cesación del ataque y se educó esta zona frenadora repitiendo muchas veces el ensayo durante el sueño hipnótico; bastó advertir a los allegados de la enferma que cuando ocurriese un ataque debían tomarla de las muñecas: la sugestión dió excelentes resultados, repitiéndola de tiempo en tiempo para hacer estable su efecto.

Simultáneamente se hicieron a la enferma sugestiones verbales dirigidas a suprimir los ataques, sin suspender todavía el bromuro de potasio. Los ataques se espaciaron más y más, se hicieron semanales o decenales. Para discriminar el resultado de ambos tratamientos (sugestivo y medicamentoso) se suprimió, brusca y totalmente, el bromuro, sin que esto influyera sobre la evolución de la enfermedad. Se continuó el tratamiento sugestivo exclusivamente; los ataques habían desaparecido desde dos meses, al ser presentada, en Octubre de 1903, en la clase del profesor Piñero. Han transcurrido ocho meses más; la enferma no ha tenido un solo ataque.

Las anestesias permanentes persisten; las anestesias variables han desaparecido.

En resumen, los efectos del tratamiento pueden interpretarse como sigue. La higiene terapéutica ha sido eficaz para el tratamiento general de la neurosis; un buen

régimen permitió hacer semanales los ataques diarios.

Estos ataques, así como las anestesias variables y otros accidentes, fueron tratados con provecho por medio de la sugestión hipnótica, obrando directamente con masages sobre las anestesias y produciendo zonas frenadoras para detener los ataques.

La amenguación de los accidentes determinó su enrarecimiento. Esto y las sugestiones directas, se han combinado para llegar progresivamente a la suspensión de todo fenómeno visible. La enferma será histérica mientras viva; mas, si respeta su régimen de higiene terapéutica, estará relativamente defendida de la aparición de accidentes. Cuando éstos se produzcan, el tratamiento preferido deberá ser la sugestión hipnótica.

La acción del bromuro de potasio ha sido nula. Esta sustancia sólo sirve en las histéricas para calmar estados de agitación, efecto obtenido intoxicando la célula nerviosa y entorpeciendo su actividad funcional. Es un chaleco de fuerza químico, no un verdadero medicamento.

# LOS PRETENDIDOS SÍNTOMAS DE LA HEMIPLEGIA HISTÉRICA

---

I. Hemiplegia orgánica y hemiplegia histérica — II. Orígen de la hemiplegia histérica — III. Ausencia de los síntomas de la histérica y presencia de los propios de la orgánica; valor del signo de Babinsky — IV. Disociación experimental de los síntomas mediante el hipnotismo — V. Tratamiento psicoterápico — (Apéndice).

## I. — Hemiplegia orgánica y hemiplegia histérica.

Para quien ha observado algunos centenares de hemiplégicos de toda naturaleza, un caso de hemiplegia histérica no merecería publicarse (1) a no mediar circunstancias clínicas muy especiales, cuyo valor para el diagnóstico diferencial entre la hemiplegia orgánica y la hemiplegia histérica no escapará a cuantos se hayan ocupado de esta delicada cuestión.

Es sabido que los caracteres diferenciales entre ambas clases de hemiplegias han sido divididos en dos grupos: *intrínsecos* (relativos a la hemiplegia misma) y *extrínsecos* (relativos a los fenómenos concomitantes, antecedentes del sujeto, modo de aparición.) Babinsky, considerando que suele atribuirse a los caracteres extrínsecos más importancia de la que realmente merecen, descui-

(1) Una traducción francesa del presente estudio se publicó en *La Presse Médicale*, París, 1906.

dando el examen de los intrínsecos, ha puesto en evidencia la falacia de los primeros, demostrando que ninguno de ellos basta para autorizar un diagnóstico: "De ce qui precéde ressort l'insuffissance des caractéres extrinséques au point de vue du diagnostic differentiel des deux espéces d'hémiplégie." Penetrado de esa convicción, Babinsky ha estudiado detenidamente los caracteres intrínsecos, llegando a determinar algunos nuevos, "et je me crois autorisé a soutenir actuellement que, dans la grande majorité des cas, les caractéres intrinséques fournissent des éléments de différentiation décisifs". La magistral lección consagrada por Babinsky al estudio de los caracteres intrínsecos de ambas hemiplegias será en todo tiempo una página clásica de semeiología, por el cuidadoso estudio de cada uno de los síntomas en los diversos tipos de hemiplegia. Pero algunos hechos clínicos parecen probar que en ciertos casos el diagnóstico debe fundarse en los caracteres extrínsecos y no en los intrínsecos, aun cuando hubiese contradicción evidente entre ambos; y también podría deducirse que Babinsky no ha apreciado con exactitud el valor de los síntomas intrínsecos diferenciales, dándoles mayor importancia de la que realmente tienen, llegando hasta considerar como patognomónico el signo que merecidamente lleva su nombre, consagrado por todos los neuropatólogos.

El presente caso (y el que señalamos someramente en el *Apéndice*) contradice las afirmaciones de la semeiología clásica y nos muestra a la histeria rebelándose, una vez más, a todos los cuadros sindromáticos. (2). Veamos, pues, una hemiplegia con los síntomas propios de la orgánica, transformándose y disociándose bajo la influencia de la sugestión hipnótica experimental, para curar

(2) Después de la publicación de este trabajo en París, se han publicado muchísimos confirmando sus conclusiones.

en el momento deseado mediante el simple tratamiento psicoterápico.

## II. — Origen de la hemiplegia histérica.

El 3 de agosto de 1902 ingresó al Hospital San Roque (Sala VI, número 5) el enfermo X. X., de veinticuatro años de edad, argentino, blanco, casado, sin hijos, católico, de profesión idóneo en farmacia. Su hábito de vida es regular, carácter tranquilo, aunque extravagante, de pobre constitución física y en mal estado de nutrición.

Los padres son sanos y tuvieron nueve hijos, de los cuales ocho viven. En los antecedentes del enfermo se constatan varias enfermedades de la niñez y juveniles, cuya enumeración sería superflua.

Fué siempre neurópata; desde la infancia su familia le consideraba nervioso y raro. Su carácter anormal fuése caracterizando al entrar a la juventud, sin que la pubertad influyera de manera notable sobre su estado mental y neuropático. En 1896, seis años ha, encuéntrase el primer antecedente directo de su enfermedad actual. Después de un disgusto, que lo afectó seriamente, sufrió un "ataque nervioso" con pérdida del conocimiento y convulsiones; permaneció diez y ocho días en ese estado, no pudiendo obtenerse otros detalles descriptivos sobre esa primera serie de accesos. Posteriormente los ataques se repitieron cada vez que sufrió disgustos intensos o emociones bruscas. Los ataques aparecían en series; después del primero producíanse otros, con intervalos de minutos u horas, alejándose progresivamente unos de otros, hasta desaparecer por algún tiempo.

El enfermo hace de sus ataques la descripción clásica de la crisis histérica.—Presumía la llegada del ataque por una sensación general de inquietud, acompañada de

malestar vago, ilocalizable; en seguida sentía una constricción del epigastrio, notando que desde allí le subía una masa, dándole la sensación de una bola que se deslizaba a lo largo del esternón y llegaba a la faringe, produciéndole una especie de estrangulación. Al mismo tiempo sentía fuertes sensaciones en la parte occipital, más bien de peso que dolorosas, pareciéndole que le golpeaban la cabeza; se acompañaban por ruidos en los oídos y turbación de la vista, hasta caer sin conocimiento. Como presentía la llegada de los ataques, jamás sufrió accidentes en sus caídas, pues se recostaba en sitios donde no pudiera lastimarse; nunca tuvo grito inicial, ni se mordió la lengua, ni presentó constricción de los pulgares, ni hubo micciones involuntarias en el período resolutivo de los ataques. Por personas de su familia, sabe el enfermo que durante la crisis se congestiona su fisonomía, hace mucha fuerza y tiene movimientos desordenados. Los ataques duraban primitivamente quince minutos, llegando más tarde hasta una hora, presentándose en series. Estuvo dos años sin ataques antes de sufrir el que motivó su ingreso al hospital.

El 8 de julio de 1902 asistió a un baile y no desperdició la circunstancia; bailó sin reticencias. El día 9, sin haberse acostado un solo minuto, se hizo cargo de su servicio de idóneo en la "Farmacia del Inca". El surmenage brusco y la falta de sueño compensador le pusieron en estado de excitabilidad; tuvo cefalalgia y malestar general. El 10 permaneció en cama; el 11 sufrió un ataque histérico semejante a los descritos. Los ataques continuaron, en número de cuatro a siete por día con fenómenos de clownismo, presentándose de preferencia después de las siete p. m.

El sábado 2 de agosto sufrió un ataque a las diez a. m., y quedó con hemiplegia derecha total, hemianestesia derecha, gran exageración de los reflejos tendinosos

y estado mental apoplectiforme. Llamado un médico particular, que carecía de antecedentes, pensó—como era natural a primera vista—en una apoplejía por hemorragia cerebral izquierda, con hemiplegia derecha, indicando su remisión al Hospital San Roque.

La guardia del Hospital ratificó ese mismo diagnóstico, así como un practicante del Servicio.

### III.—Ausencia de los síntomas de la histérica y presencia de los propios de la orgánica; valor del Signo de Babinsky.

Examinado al día siguiente, sus fenómenos apoplectiformes habían desaparecido totalmente; el enfermo parecía un viejo hemiplégico con afasia, adaptado a su situación. A pesar de que el cuadro de sus caracteres intrínsecos habría sido muy discutible, según lo afirmado por los autores clásicos y dada la falta de antecedentes, su aspecto y los caracteres extrínsecos nos impusieron el diagnóstico de *hemiplegia histérica*.

Entre los caracteres atribuídos a la hemiplegia histérica y señalados como diferenciales de la hemiplegia orgánica, suelen figurar los siguientes: respeta la cara, si es derecha no se acompaña de afasia, predomina en el miembro inferior, la marcha es "arando", y no "segando", la flacidez de los miembros es extrema y permite movimientos anormales de las articulaciones, no hay exageración de reflejos tendinosos, no hay clonus, no hay signo de Babinsky, etcétera. Los síntomas precedentes figuran todos en la magistral "Semeiología del sistema nervioso", de Dejerine. (3).

(3) En el *Traité de Pathologie Générale* de Bouchard, vol. V., páginas 507 y 508.

Babinsky, en su excelente lección de la Pitié (4), hace notar que la hemiplegia histérica, más que caracterizarse por síntomas propios, se reconoce por la ausencia de los siguientes síntomas que son propios de la hemiplegia orgánica:

1.° Parálisis limitada a un lado del cuerpo.

2.° La parálisis no es sistemática.

3.° Signo del cutáneo y flexión combinada del muslo y del tronco.

4.° Lengua desviada hacia el lado de la parálisis.

5.° En el comienzo hipotonus muscular, con flexión exagerada del antebrazo.

6.° Al principio, reflejos tendinosos aumentados o abolidos, después aumentados; hay trepidación epileptóidea.

7.° Reflejos cutáneos abolidos.

8.° Signo de Babinsky.

9.° La contractura no es imitable voluntariamente.

10. Evolución regular.

Y agrega nuestro ilustre colega: "Acabo de estudiar sucesivamente los diversos caracteres de orden motor que sirven para distinguir la hemiplegia orgánica de la hemiplegia histérica, procurando fijar el valor de cada uno. ¿Los hay que sean patognomónicos? Como ya dije, creo que los hay, y estoy sobre todo convencido por lo que respecta al fenómeno de los dedos. Pero admitamos que no haya uno solo que no sea absolutamente decisivo. Me parece indudable que cuando muchos de la misma índole se encuentran reunidos, la duda no es ya posible. Así es, en efecto, generalmente, sea cual fuere el período de la hemiplegia en cuestión".

En nuestro enfermo faltan los síntomas aceptados por Dejerine como propios de la hemiplegia histérica y existen casi todos los que señala Babinsky como propios de

(4) *Diagnostic differentiel de l'Hémiplegie organique et de l'Hémiplegie Hystérique*, en la *Gazzete des Hopitaux*, 5 y 8 Mayo 1900, y en folleto editado por Levé, París 1900.

la orgánica, sin excluir el único que dicho autor considera típico, y que lleva su nombre: el "signo de Babinsky".

Nuestro enfermo presenta hemiplegia con afasia, tomando el facial; está limitada a un solo lado, tanto en el cuerpo como en la cara.

La parálisis no es sistemática; los músculos del lado paralizado, en los miembros, lo mismo que en la cara, no funcionan durante la ejecución de ciertos movimientos bilaterales que habitualmente son sinérgicos.

No se investigó la presencia del "signo del cutáneo", ni la flexión combinada del tronco y del muslo. El primero de estos signos no es característico, según el mismo Babinsky. El segundo tampoco tiene valor absoluto.

La lengua no estaba desviada del lado de la parálisis, pero en muchos casos de hemiplegia histérica lo está y en algunos de hemiplegia orgánica no hay desviación.

En este paciente había hipertonus marcado y diátesis de contractura. Sin embargo, en las hemiplegias histéricas flácidas hay hipotonus, y todo lo que sabemos de fisiopatología autoriza a considerar lógica la flexión exagerada del antebrazo en esos casos, no obstante la opinión de Babinsky. (Véase el *Apéndice*).

En nuestro enfermo hay exageración *verdadera* de los reflejos tendinosos y *verdadera* trepidación epileptóidea (4).

Reflejo abdominal abolido.

(4) Curiosa circunstancia. El doctor ENRIQUE C. CARRÁ presentó su tesis, en 1899, Buenos Aires, sobre "Hemiplegia histérica". Presenta *solamente tres* observaciones; en los tres casos los reflejos tendinosos están alterados, pero alterados de *tres* maneras diferentes. En el primero se trata de hemiplégia derecha y el reflejo patelar de ese lado está *exagerado* (pág. 53); en el segundo se trata de hemiplegia izquierda y los reflejos tendinosos están *disminuídos* (pág. 59); en el tercer caso, hemiplegia izquierda, todos los reflejos tendinosos de los miembros superiores e inferiores están *exagerados de ambos lados*, y hay también *trepidación epileptóidea bilateral* (pág. 62).

*Hay signo de Babinsky,* perfectamente característico (5).

La forma de la contractura y su imitabilidad mediante movimientos voluntarios, no se examina; es de escasa importancia en el diagnóstico diferencial.

Las diferencias en el tipo de marcha no se observan por estar el enfermo en cama y declararse incapaz de caminar.

Hay hemianestesia derecha, cuya presencia carece de significación para el diagnóstico diferencial, pues puede encontrarse en la hemiplegia histérica lo mismo que en la orgánica, siempre que en esta última haya lesión de la parte posterior de la cápsula interna (?), en el llamado "carrefour sensitif".

En suma: *en este enfermo faltan todos los síntomas atribuídos a la hemiplegia histérica y existen todos los que principalmente caracterizarían a la hemiplegia orgánica,* según los tratados y monografías de semeiótica que se ocupan de tan interesante cuestión.

Sin embargo, sabiendo cuán falaces son los sindromas clínicos diferenciales cuando está de por medio la histeria, insistimos en el diagnóstico de hemiplegia histérica, fundándonos en la simple evolución clínica del caso

(5) "Babinsky, en estos últimos años, nos ha dado a conocer un nuevo reflejo que lleva su nombre, y que también es nombrado *fenómeno de los dedos,* al cual da suma importancia, pues su presencia estaría ligada a la existencia de lesiones orgánicas de los centros superiores, lo que le da un valor precioso para el diagnóstico diferencial entre la hemiplegia orgánica y la histérica'.

"El hecho es real y ustedes pueden apreciar perfectamente en estos enfermos, en cuanto a sus caracteres distintivos. En cuanto al valor que le diera Babinsky, valor que ha sido aceptado sin discusión por la mayoría de los autores que han estudiado el punto, ha sufrido últimamente un rudo golpe con la presentación de un caso de hemiplegia histérica hecha por el doctor Ingenieros y publicado en *La Semana Médica,* en el cual el reflejo de Babinsky existía, como todos los demás elementos de diferenciación dados por este autor para distinguir la hemiplegia orgánica de la histérica, y sin embargo el enfermo pertenecía a esta última clase, como fué puesto de relieve con suma habilidad por el médico argentino, sometiendo al sujeto a la acción himnótica, en cuyo estado hizo desaparecer o cambiar de lado la hemiplegia, a voluntad. Esta prueba fué repetida varias veces con igual resultado". LUIS AGOTE, *"Consideraciones clínicas sobre varios casos de hemiplegia orgánica".—La Semana Médica,* Buenos Aires, 10 Marzo de 1904.

y en el estado general del enfermo; sólo podía tratarse de una "pseudo-apoplejía histérica".

Careciendo de antecedentes (el enfermo no podía darlos por estar afásico), nos limitamos a buscar los rastros somáticos de la histeria—a pesar de los caracteres intrínsecos, exclusivamente orgánicos, que presentaba la hemiplegia. Comprobamos la hemianestesia derecha, poco importante para el diagnóstico diferencial, pues podía existir la hemiplegia orgánica; encontramos *anestesia faríngea, hipoacusia* unilateral derecha y *estrechamiento* del campo visual derecho. Tres síntomas importantísimos para nuestro caso, por localizarse dos de ellos en el lado mismo de la hemianestesia; más valiosos que los desorientadores síntomas intrínsecos dados por la hemiplegia misma.

El diagnóstico fué consolidado por los antecedentes del enfermo, referidos más tarde por la familia, no dejando lugar a dudas sobre la naturaleza neurósica de los accidentes paralíticos observados.

Suele admitirse que el signo de Babinsky no puede presentarse si no hay degeneración de las fibras córtico-espinales, es decir, lesión orgánica del sistema nervioso central. Van Gehuchten, de un caso con autopsia, dedujo que la compresión de esas vías nerviosas podía tener los síntomas de una hemiplegia orgánica con signo de Babinsky; eso indicaría que los síntomas no son debidos a la degeneración secundaria descendente, sino a la simple compresión de las vías piramidales. Con motivo de otro caso, admitió el mismo Babinsky que los síntomas pueden ser producidos por simple irritación consecutiva a una compresión del haz piramidal por un tumor del canal vertebral.

El signo de Babinsky sólo prueba que existe una interrupción funcional. Hace notar Van Gehuchten que su único significado es que la corteza cerebral ha perdido su función inhibidora sobre los centros medulares; no sorprende, pues, que pueda encontrarse en casos de histeria, tan naturalmente como se encuentra una parálisis flácida o espasmódica. El signo de Babinsky no implica degeneración secundaria de las fibras córtico-espinales, sino la pura y simple interrupción funcional de esas vías. Esa interrupción puede ser anatómica, por una lesión destructiva; puede ser fisiológica, por una compresión; puede ser psíquica, en fin, cuando el proceso fisiopatológico de la histeria (el abotagamiento o disociación de los centros cerebrales) afecte la localización apropiada para que se suspenda la inhibición funcional sobre los centros medulares.

## IV. — Disociación experimental de los síntomas mediante el hipnotismo.

Como suele suceder en casos con síntomas francamente atípicos—y en este caso abiertamente contradictorios con los esquemas nosológicos de los tratadistas—no bastaron los estigmas somáticos de histeria, la evolución de la pseudo-apoplejía y los otros antecedentes indiscutibles, dados ya por la familia, para disipar las últimas dudas en los colegas y practicantes que observaron el caso.

Sometimos el enfermo a la experimentación clínica por medio de la sugestión hipnótica, con los siguientes resultados.

El enfermo nunca había sido hipnotizado. Se le durmió por el procedimiento más vulgar, la fijación de la

mirada; entró en fascinación en menos de 15 segundos y cayó en sueño a los dos o tres minutos.

Se le ordenó caminar derechamente, sin cojear del lado enfermo; no pudo hacerlo, por tener la pierna en gran hipertonus, casi en contractura. Se le practicaron suaves fricciones en el miembro y se movilizó la pierna mediante movimientos pasivos, diciendo en voz alta al enfermo que la pierna estaba sana. Se le ordenó marchar y lo hizo sin dificultad. Ejecutáronse iguales prácticas sugestivas en su brazo y cara. Cinco minutos más tarde el enfermo fué despertado, completamente sano de su hemiplegia *derecha* y de la afasia correspondiente.

Al día siguiente se le hipnotizó de nuevo, sugiriéndole que tenía una hemiplegia *izquierda;* despertado, quedó en esa situación, con gran sorpresa de quienes lo consideraban hemiplégico "orgánico", ateniéndose a los síntomas intrínsecos.

Diátesis de contractura.—Mediante simples fricciones a lo largo de la nuca, espalda y piernas, el enfermo entraba en contractura. Por sugestión se determinaron en su piel diversas zonas histerógenas, cuya compresión producía el ataque; al mismo tiempo se le sugirieron zonas inhibidoras, cuya presión lo detenía. Apretándole la nariz, por ejemplo, aparecía un ataque, suspendido inmediatamente por la compresión de la oreja o de otro sitio previamente elegido.

En la tercera sesión hipnótica experimental se suprimió la hemiplegia *izquierda,* reponiendo la primitiva *derecha con afasia;* así fué presentado en clase por el profesor Ramos Mejía, mostrándolo en contractura general, en los ataques e inhibiciones experimentales, y transfiriéndose su hemiplegia del lado derecho al izquierdo.

En las sesiones siguientes se obtuvieron, con facilidad, gracias a la simple sugestión verbal, otras disociaciones

del sindroma primitivo. Por ejemplo: *afasia, parálisis facial y braquial derecha y parálisis de la pierna izquierda. — Hemiplegia derecha sin afasia y hemianestesia izquierda. — Monoplegia derecha o izquierda, braquial o crural, con o sin anestesia. — Paraplegia de los miembros inferiores o superiores con hemianestesia derecha o izquierda o con disestesia. — Afasia con hemiplegia izquierda*, etc.

### V. — Tratamiento psicoterápico

El pronóstico fué bueno para los accidentes histéricos actuales, pero desfavorable por la probabilidad de recidivas o de otros accidentes.

El tratamiento, después de lo dicho, fué sencillo. Hipnotizamos al individuo, sugiriéndole que estaba completamente sano; despertó sin ningún fenómeno paralítico o parésico, y fué dado de alta, recomendándosele concurriera al consultorio externo cada ocho días, para hipnotizarlo y renovar las sugestiones.

El enfermo volvió a su domicilio, pasó un mes bien, sin volver al consultorio. Un nuevo disgusto le produjo una serie de ataques, reapareciendo bruscamente la hemiplegia derecha. La familia, desconfiando del hospital; pues "no le habían recetado nada", llamó a un médico particular, ocultándole lo ocurrido anteriormente; el colega, ante los síntomas propios de la hemiplegia orgánica, le recetó 30 fricciones mercuriales, de cinco gramos cada una, y ioduro de potasio por gotas, con gran contentamiento de la familia, pues no concebía "que no le recetaran algo".

En friccionar estaba ocupada toda la familia, cuando supimos las andanzas terapéuticas en que estaba metido el enfermo. Mucho nos costó obtener que la familia lo

condujera al consultorio externo del hospital. Fué traído en camilla, lo hipnotizamos y se retiró caminando.

Prohibimos a la familia la continuación de las fricciones, aconsejando un régimen general apropiado. Fué inútil. Le propinaron las treinta, íntegras...

En realidad es difícil combatir el fetichismo de las drogas. Cuesta demostrar que siendo ciertos accidentes histéricos la expresión de una enfermedad puramente psíquica, de una disociación del psiquismo, la verdadera terapéutica es la *psicoterapia,* sea en vigilia o durante el sueño hipnótico.

## APENDICE

Podríamos citar numerosas observaciones de hemiplegias histéricas, presentando, aislados, uno o varios síntomas de los atribuídos generalmente a la hemiplegia orgánica. En verdad, el signo más raro de observar en las histéricas es el de Babinsky, pero no tan excepcional que no le hayamos observado por segunda vez, a solo un año de distancia, habiendo asistido solamente seis u ocho hemiplegias histéricas en ese espacio de tiempo. Merece referirse la observación, aunque desgraciadamente incompleta.

En Noviembre de 1903 fuimos solicitados para examinar una enferma, "que tenía un ataque cerebral y parálisis de un costado". Antes de examinar a la enferma, su esposo nos refirió que, cuatro años atrás, había sufrido un ataque análogo, quedando súbitamente paralizada del costado derecho y afásica; quince días más tarde, mediante fricciones y una bebida, recobró el uso de sus miembros paralizados, no quedando en pocos días ningún rastro del accidente. Además, la enferma había tenido, en toda época, instabilidad mental y fenómenos de pequeña histeria.

Su hemiplegia actual había sobrevenido repentinamente, con pseudo-apoplejía histérica. Había sido examinada por el Dr. Rabuffetti, domiciliado en las inmediaciones, y le había recetado una bebida, que suponemos fuera bromuro de potasio; presumimos, por este dato, que diagnosticó hemiplegia histérica.

Así lo hacían presumir, y con toda razón los caracteres *extrínsecos.*

Pero el examen de la enferma nos reveló los siguientes caracteres *intrínsecos,* muy dignos de ser publicados, no obstante no haber podido seguir y completar la observación de la enferma, por circunstancias que diremos al terminar:

Hemiplegia derecha, con afasia, tomando la cara.

La parálisis no es sistemática.

El estado de la enferma, en cama, impidió buscar el signo del cutáneo y la flexión combinada del muslo y del tronco.

La lengua está desviada del lado de la parálisis.

La parálisis es flácida y permite la flexión exagerada del antebrazo.

Reflejos tendinosos exagerados; hay *verdadera* trepidación epileptóidea.

Hipoestesia derecha.

Hay reflejo abdominal.

*Signo de Babinsky, perfectamente marcado.*

En la imposibilidad de asistir a la enferma en su domicilio, recomendamos a su marido la hiciera ingresar a una de las clínicas de mujeres del Hospital San Roque. Pero el esposo de la enferma, sin darnos aviso de ello, la condujo al Hospital Francés—es esa la nacionalidad de ambos,—donde estuvo en asistencia durante un mes y medio. Salió completamente curada, según nos comunicó un vecino a quien pedimos datos sobre ella, no pudien-

do verla personalmente, pues su esposo cambió de domicilio durante la enfermedad (6).

(6) El profesor Babinský nos hizo el honor de dedicar una de sus lecciones clínicas (Abril de 1906), en el Hospital de la Pitié, de París, al análisis del presente capítulo, aceptando que estos hechos excepcionales, aunque atenúan el valor absoluto de su signo, no le quitan su importancia como regla general. Ver la nota 2.

# LA ASTASIA - ABASIA

I. Concepto e historia de este sindroma — II. Anamnésticos de nuestra enferma — III. Comienzo de su afección — IV. Los síntomas de la enfermedad — V. Diversas formas clínicas de la astasia-abasia — VI. Diagnóstico — VII. Interpretación patogénica — VIII. Astasia-abasia combinada con impulsos ambulatorios — IX. Tratamiento psicoterápico.

## I—Concepto e historia de este sindroma

Algunos enfermos, libres de fenómenos paralíticos, pues en cama ejecutan los movimientos ordenados o espontáneos, conservando su fuerza normal y una perfecta coordinación, no pueden, sin embargo, estar de pie ni caminar. Desde que sus plantas tocan el suelo, el enfermo *se hunde,* en el sentido literal de la palabra. Los miembros inferiores, fuertes y válidos para ejecutar cualquier otro movimiento, son inertes e incapaces cuando se intenta usarlos para sostener el cuerpo o caminar.

En el clásico tratado clínico de Briquet este sindroma histérico fué vagamente señalado mucho antes de que recibiera su nombre actual y la interpretación presente. Ocupándose de las paraplegias histéricas, decía: "Hay motivo para sorprenderse ante estos enfermos: mueven sus miembros inferiores con facilidad y con mucha fuer-

za mientras están en cama, pero son incapaces de tenerse de pie un solo instante'' (1).

— Lebretón (2), en su tesis inaugural de 1858, expresa un parecer semejante. ''A menudo ocurre que la enferma, estando acostada, puede imprimir a sus miembros inferiores movimientos extendidos. Creeríase entonces que hay paresia o se sospecharía en la enferma una simuladora; pero si intentamos hacerla marchar algunos pasos, la progresión lenta al principio, se imposibilita, pues las piernas comienzan a flaquear, plegándose bajo el peso del cuerpo; diríase que el influjo nervioso acumulado por el sujeto se agota en cierto momento.'' En 1857, Barnier, estudiando en su tesis de agregación las parálisis sin lesiones orgánicas apreciables, señaló vagamente este sindroma; igualmente Cothenet, en su tesis de 1858, ocupándose del diagnóstico de las paraplegias.

Pocos años más tarde, el profesor Jaccoud (3) describió un caso típico de este sindroma en el capítulo relativo a las ataxias por falta de coordinación automática. ''En patogenia esta forma sólo difiere de la ataxia completa por conservarse la coordinación voluntaria, es decir, el sentido muscular; en clínica se distingue por los resultados negativos de la prueba de los ojos y por la adaptación regular de los movimientos al fin propuesto. Esta forma, muy rara, hasta ahora sólo se ha observado en las histéricas, y debe atribuirse a la exageración de la excitabilidad refleja de la medula más bien que a la perturbación de las radiaciones espinales.

''La completa normalidad de los movimientos cuando el sujeto los ejecuta en cama o sentado, prueba este aserto; sólo se torna atáxico mientras está de pie o camina; entonces las contracturas involuntarias perturban

(1) BRIQUET: *Traité clinique*, etc., cit., pág. 465.
(2) Citado por GILLES DE LA TOURETTE, así como las tesis de Barnier y Cothenet.
(3) JACCOUD: *Les paraplegies et l'ataxie du mouvement*. París, 1864, pág. 653.

el equilibrio o interrumpen la armonía del acto personal cuando la planta del sujeto toca el suelo, es decir, cuando las impresiones centrípetas resultantes del contacto dan lugar a hiperkinesia mórbida medular.''

Charcot y Richer (4) describieron el sindroma bajo el nombre de impotencia motriz de los miembros inferiores por falta de coordinación relativa a la estación de pie y la marcha; más tarde insistió Charcot en sus lecciones de 1883, recogidas por el profesor Miliotti (5), y en los martes de la Salpetriere, de 1887 a 1888.

En el mismo año 1885, Weir Mitchell (6) dió una descripción bastante exacta de tales trastornos, refiriéndolos a la gran neurosis, y definiéndolos con el nombre de ''ataxia motriz histérica''. Esa publicación coincidió con las de Erlenmeyer y Romei (7), refiriéndose la primera a la forma que después se llamó astasia-abasia trepidante, y el segundo a una pseudo paraplegia infantil en el acto de la marcha, semejante a los casos de Charcot.

Sin embargo, corresponde a Blocq el mérito de haber incorporado a la nosología el cuadro característico de la astasia-abasia, comenzando por darle ese nombre y terminando por fijar sus límites clínicos, hasta hoy respetados. Su definición se conserva tal como Blocq la formuló en su primera comunicación: ''Es un estado mórbido en que la imposibilidad de la estación vertical y de la marcha erecta contrastan con el estado normal de la sensibilidad, de la fuerza muscular y de la coordinación para los otros movimientos de los miembros inferiores'' (8).

(4) CHARCOT Y RICHER: En *Medicina Contemporánea*, 1883, núm. 1.
(5) CHARCOT: *Lezioni cliniche dell'anno scolastico* 1883-84 ecc., redatte da MILIOTTI, editadas por Vallardi, 1885.
(6) MITCHELL: *Lectures on diseases of the nervous system*, etc., Philadelphia, 1885, pág. 39.
(7) Ambos citados por GILLES DE LA TOURETTE.
(8) BLOCQ: "Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie", *Archives de Nevrologie*, 1888.

En trabajos siguientes, Blocq (9) completó la descripción del sindroma, desde el doble punto de vista semeiológico y clínico, siendo estériles los esfuerzos de Duprat (10) para amenguar sus merecimientos, no obstante escudarse tras la citada lección de Jaccoud.

La bibliografía argentina en el curso de estos veinte años es breve. Una observación del Dr. Estévez (11) presenta la particularidad de acompañarse con alteración especial de la palabra; ambas perturbaciones habían sobrevenido simultáneamente, a consecuencia de un ataque de influenza, y el autor las clasificó dentro de un mismo orden de fenómenos: defecto de coordinación para determinados movimientos completos y sistematizados, opinando que en ambos casos se trataba de alteraciones funcionales ligadas a la histeria. El Dr. Lagarde (12) presentó en la misma Sociedad Médica otro caso de astasia-abasia, acompañado por logoplegia. El Dr. Domingo V. Pomina (13) escribió su tesis sobre este sindroma, estudiándolo en nuestra clínica del Hospital San Roque, sobre la enferma de que pasamos a ocuparnos.

El Dr. Henrique Roxo, de Río de Janeiro (14), estudió un caso interesante, consecutivo a una infección, en el *Brazil Médico,* induciendo interesantes conclusiones sobre la etiología infecciosa de la histeria.

La reducida bibliografía argentina podría sugerir la creencia de que la astasia-abasia es rara entre nosotros no obstante tener un foco urbano de un millón de habitantes, medio propicio a la producción de accidentes histéricos. ¿Debe admitirse su excepcional rareza entre nosotros, siendo la histeria harto común?

(9) BLOCQ: *Les troubles de la marche y Semeiologie et diagnostic du Systéme nerveux* (en colaboración con Onanoff).
(10) DUPRAT: *Contribution a l'etude des troubles moteurs-psychique, syndreme de Jaccoud (astasie-abasie)*, Tesis de París, 1892.
(11) ESTEVEZ: En *Rev. de la Soc. Médica Argentina,* Buenos Aires, 1893. ...
(12) Citado en la tesis de POMINA.
(13) POMINA: *Astasia-abasia,* Tesis de 1903, Buenos Aires.
(14) ROXO: Brazil Médico, 1903 Río de Janeiro.

Creemos, fundadamente, que estos casos no son excepcionales; la astasia-abasia suele motivar errores de diagnóstico, evolucionando espontáneamente, sin necesidad de ser diagnosticada, y curando a pesar de los tratamientos instituídos con ese propósito. Este sindroma suele evolucionar encubierto por tres falsos diagnósticos: paraplegia histérica, ataxia espinal, impotencia motriz puramente reumática. Confirma esas presunciones nuestro caso clínico asistido sucesivamente por otros colegas, con los diagnósticos de parálisis espinal y reumatismo.

## II. — Anamnésticos de nuestra enferma

Enfermedad de la adolescencia y la juventud, la astasia-abasia obsérvase generalmente de los diez a los quince años; menos comúnmente de los veinte a los treinta. Después de esa edad es excepcional, citándose contados casos en la literatura médica. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y se instala sobre el terreno propicio de la neurosis histérica; el accidente puede ser provocado por traumatismos, emociones, intoxicaciones, y, en general, por todas las causas comunes a los demás accidentes análogos. Se instala bruscamente o de manera progresiva, según los casos.

Nuestra paciente fué conducida al consultorio de enfermedades nerviosas del Hospital San Roque por serle imposible estar de pie ni caminar; sus piernas flojeaban, siendo necesario sostenerla por debajo de ambas axilas para que pudiera tenerse de pie, dejándose caer cuando se le privaba de ese apoyo. La traían en brazos, entre su madre y una tía, siendo menester acostarla en llegando al consultorio.

Tiene de trece a catorce años de edad, ha nacido en un pueblo de la República Oriental, es soltera y se ocupa en quehaceres domésticos. Hija de agricultores, ha

tenido poca educación, llevando una niñez apacible, exenta del surmenage propio del ambiente escolar en las grandes ciudades. Sabe leer y escribir, no tiene ideas religiosas, es de carácter tímido, de pocas palabras y aspecto rural. Está en buenas carnes.

Su madre, que la acompaña, es una mujer de físico pobre, inteligencia mediana y carácter tranquilo. Suele tener mareos y vahidos, especialmente cuando se disgusta; esos fenómenos son acompañados por dolores difusos en el cráneo, puntadas en las sienes, pesadez en los ojos, ahogos y algunas veces palpitaciones de corazón. Nunca ha sufrido desmayos ni convulsiones, pero tiene anestesia faríngea y campo visual estrechado. Es, sin duda, una enferma de pequeña histeria. El padre de la paciente es sano, según referencias de su esposa. Tienen siete hijas, todas mujeres, mayores que la enferma; una es muy nerviosa y la llaman "la loquita".

Los antecedentes patológicos de la joven son complicados. Ha tenido sarampión, tifoidea, escarlatina, fiebre gástrica, difteria, etc. La escarlatina y la difteria produjéronse un año antes de su presente enfermedad; desde esa época quedó atontada. A la edad de diez años regló, apareciendo dos veces la catamenia, con caracteres normales. Suspendida esa función hasta los doce años y medio, ha continuado con irregularidad hasta el presente, repitiéndose hasta dos veces por mes.

Sus antecedentes nerviosos revelan que siempre ha sido pobre de espíritu. Frecuenta escuelas rurales desde la edad de cinco años, con irregularidad: sabe leer, escribe mal y se ve en dificultades cuando intenta resolver las más sencillas cuestiones aritméticas. Tiene escaso oído musical y sentido estético nulo. Desde hace un año —después del tifo y la escarlatina—suele tener mareos, vértigos fugaces; cada cuatro o cinco días ha sufrido crisis de agitación inmotivada, con llanto y estado an-

sioso. Actualmente esas crisis sólo se producen a consecuencia de emociones, cuando va a la iglesia o cuando está sola durante la noche; a menudo revisten forma de accesos de timidez.

## III. — Comienzo de su afección.

Un mes antes de concurrir al consultorio, a mediados de julio de 1902, la enferma sintió dolores en la cintura, que irradiaban por el vientre, las ingles y las piernas, hasta las rodillas. Se puso en cama; en dos o tres días los dolores se aliviaron. La enferma resolvió levantarse, mas al intentarlo encontró que "tenía las piernas flojas y no podía sostenerse". En vano sus padres le intimaron se levantara, pues consideraban que la cama la debilitaría más; la enferma alegó impotencia para tenerse en pie, siendo vanas todas las tentativas para obtener que abandonase la cama. Llamado un médico del pueblo vecino, opinó tratarse de una parálisis espinal; después de ensayar en vano algunos remedios, aconsejó a la enferma que viniera a Buenos Aires. Mientras se alistaba el viaje, su madre consultó a un curandero, quien diagnosticó "encogimiento de la nervadura" y vendió a la enferma algunas botellas de agua magnetizada, para usar en bebida y en loción, "intus et extra". En Buenos Aires consultó a un distinguido colega; creyendo pudiera tratarse de un caso de reumatismo le recetó salicilato y yoduro, indicándole concurriera al consultorio de enfermedades nerviosas, en el Hospital San Roque, para mejor proveer.

El día 22 de agosto fué examinada por primera vez. Desde cuarenta días la enferma no se levantaba de la cama, por tener las piernas flojas; no podía pararse ni caminar.

La inspección de la enferma, en decúbito dorsal, no mostraba posiciones anormales del tronco o de los miembros, ni se veían atrofias parciales o localizadas. Las piernas eran de aspecto y diámetro normal, revestidas de discreto panículo adiposo, suficiente para disimular cualquier adelgazamiento de las masas musculares.

El cuadro cambia al ordenarle que se ponga de pie y camine. Le es absolutamente imposible; las piernas cuelgan flácidas, como si al tocar con los pies el suelo, se aflojara en ellos algun misterioso resorte automático. Cuando se la sienta o acuesta, la motilidad vuelve a ser posible.

Ordenando a la enferma que camine sobre pies y manos, lo hace, mas con dificultad; su madre refiere que es su única forma de locomoción durante las últimas semanas, en los pocos instantes en que deja la cama o la silla.

Los reflejos defensivos son lentos; los tendinosos y cutáneos normales. Falta el reflejo faríngeo. Pupilas iguales; reaccionan normalmente a la luz y la acomodación. Esfínteres normales.

Sensibilidad general ligeramente escasa, debido a la poca mentalidad de la enferma. Sólo en la región externa del antebrazo izquierdo se nota una zona elíptica de hipoestesia, de doce centímetros de largo por siete de ancho. Las localizaciones tactiles son precisas; estereognosis incierta; sentidos térmico y dolorífico escasos, la sensibilidad muscular de las piernas perturbada, existiendo una sensación subjetiva de impotencia que no corresponde a la fuerza real. Los sentidos especiales poco aguzados; campo visual correcto.

El examen psíquico revela una mentalidad inferior, deprimida, vagamente estúpida.

## IV. — Los síntomas de la enfermedad.

Orientando el examen del caso hacia su verdadero diagnóstico clínico, ya presumido por los datos anamnésticos, encontramos una desorganización funcional y sistematizada del aparato de equilibración, lesionando de diversa manera los distintos modos de actividad kinésica de las extremidades inferiores.

Después de comprobar la localización de los fenómenos patológicos en las piernas, se examinan su motilidad estando la enferma acostada y sentada sucesivamente. En el lecho, los movimientos espontáneos se producen normalmente, pero con cierta lentitud, propia de la mentalidad inferior de esta enferma; se le ordena levantar sucesivamente las piernas, encogerlas, extenderlas, dar un puntapié, y lo hace correctamente; no hay parálisis, incoordinación, espasmo ni temblores. Sentada en una silla repite esos movimientos sin obstáculo de ninguna clase.

No solamente la motilidad es normal, sino que la fuerza muscular está bien conservada; al estirar la pierna vence fuertes resistencias opuestas por la mano del médico, levanta pesos discretos con la punta del pie, etc. Repite varias veces esos movimientos, probando tener resistencia a la fatiga muscular. Sin embargo, la paciente *cree y dice* que tiene las piernas flojas.

Ordenando a la enferma ponerse de pie, desliza las piernas para sacarlas de la cama, resbala normalmente sus glúteos sobre el borde, hasta tocar el suelo con los pies; en este movimiento sus manos se apuntalan en el margen de la cama, evitando la caída del cuerpo, como si el suelo hubiera escapado bajo sus plantas. Sostenida por su madre y el practicante, que la toma por debajo de las axilas, la enferma consigue estar de pie, desplo-

mándose cuando se la abandona a sus propias fuerzas. Caminar le es de todo punto imposible; si es muy solicitada por quienes la sostienen, sólo consigue arrastrar la punta de los pies, sin asentarlos sólidamente.

Fuera de esa impotencia de los miembros inferiores, de nada quéjase la enferma, ni refiere su familia.

En suma, esta enferma presenta un trastorno funcional limitado a la estación de pie y a la marcha, sin parálisis de los miembros inferiores ni siquiera paresia, con sensibilidad normal en esos miembros, sin perturbaciones de los reflejos ni de los esfínteres y sin estado espasmódico. Es, pues, un sindroma de astasia-abasia, tal como Blocq lo define: "Estado mórbido en que la imposibilidad de la estación erecta y de la marcha normal, contrastan con la normalidad sensitiva, de la fuerza muscular y de la coordinación para los otros movimientos de los miembros inferiores."

## V. — Diversas formas clínicas de la astasia-abasia.

Sin perder sus características, el sindroma de la astasia-abasia puede presentarse bajo diversas formas clínicas. Charcot (15) propuso la siguiente clasificación de esos tipos.

| | | |
|---|---|---|
| Astasia-abasia. | *a*) Paralítica o parésica.<br>*b*) Atáxica (con incoordinación motriz). | 1.º coreiforme.<br>2.º trepidante |

Su autor atribuía a este cuadro el solo objeto de indicar los principales puntos de referencia, o más bien dicho, los grandes jalones en cuyo rededor vendrían a agruparse naturalmente las variedades, sin duda muy nume-

(15) Charcot: *Leçons du mardi*, 1888-89, pág. 368.

rosas, que pudieran presentarse en la clínica. Podría agregarse un tipo "accesual o paroxístico", basándolo en el caso publicado por Ladame (16), un tipo "saltatorio", según lo observado por Brissaud (17), etc.

Aparte de esas diferencias en el tipo clínico, se encuentran siempre los dos síntomas esenciales: imposibilidad, más o menos acentuada, de permanecer de pie y de ejecutar los movimientos de la marcha normal.

Si a un astásico—dice Pominá (18), sintetizando las descripciones de Blocq, Gilles de la Tourette, Grasset y otros—que está sentado le ordenamos ponerse de pie, aparecen las perturbaciones en grado variable según los casos; ya impidiéndole en absoluto la estación, si no se le sostiene como a un niño, ya impidiéndole estar de pie sin ayuda, buscando como punto de apoyo un bastón o una silla. En otros casos el enfermo, para guardar el equilibrio, imprime movimientos de oscilación al cuerpo, la cabeza y los brazos. En algunos casos la astasia es absoluta: abandonadas a sus propias fuerzas, las piernas se doblegan como si fuesen de algodón, el enfermo cae irremisiblemente; sin embargo, colocado *en cuatro pies*, marcha gateando, con facilidad. Cuando la estación vertical es posible, si se le manda caminar, sólo consigue arrastrarse, desprendiendo apenas los pies del suelo, como un niño en el estreno de sus primeros pasos; otros enfermos, menos graves, marchan con gran dificultad, conservando siempre los caracteres propios de esta disbasia. Sentado o acostado el enfermo, toda perturbación desaparece, pudiendo regular a voluntad la fuerza, dirección y amplitud de los movimientos ordenados, con la misma agilidad y precisión de un individuo normal: lanza un puntapié con fuerza, encoge y estira sus miem-

(16) LADAME: "Un cas d'astasie-abasie sous forme d'attaques", *Archives de Neurologie*, 1890.
(17) BRISSAUD: "Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie", *Archives generales de Médicine*, 1899.
(18) Tesis citada.

bros inferiores con regularidad, vence la resistencia opuesta por la mano del médico, cambia la posición, el decúbito, etc.; estos hechos demuestran categóricamente que la potencia muscular no está abolida ni atenuada, no existiendo parálisis ni siquiera paresia.

Un hecho del mayor interés, señalado por muchos autores, es que la mayoría de estos enfermos presentan la particularidad de conservar intactos, junto a esas incoordinaciones de la estación y la marcha, los otros modos de progresión: la carrera, el salto, la natación, etc.; es sorprendente, en efecto, que un enfermo, presentando dificultades serias para caminar, pueda saltar sobre uno o varios pies, correr con desenvoltura, etc. Se ha observado también que algunos enfermos recurren a curiosos procedimientos para trasladarse de un sitio a otro, como el sentarse en una silla y progresar a pequeños saltos, levantándola con las manos (movimiento habitual para acercarnos a una mesa sin levantarnos).

Blocq (19) señaló algunos caracteres principales de los tres tipos de marcha clasificados por Charcot.

*a*) Abasia paralítica.—Es el tipo más frecuente; reviste tres grados de intensidad. En el primer grado la marcha es imposible y el enfermo incapaz de mantenerse de pie.

En grado de mediana intensidad, marcha difícilmente, a manera de un niño, como hemos dicho antes.

En los grados más leves, la marcha semeja, en un todo, a la de un sujeto caminando descalzo sobre un suelo cubierto de pedregullo.

*b*) Abasia coreiforme. — En esta forma intervienen movimientos contradictorios e ilógicos; alteran la marcha, dándole cierta semejanza con la manera de progresión propia de los coreicos.

(19) Blocq: *ob. cit.*

Estando sentado, el enfermo se para con movimiento brusco y al marchar ejecuta movimientos de flexión y extensión consecutiva del muslo sobre la pierna, acompañados de flexión sucesiva de la pelvis sobre el muslo. La extensión de éste puede ser enérgica, determinando una elevación de todo el cuerpo a algunos centímetros del suelo.

*c*) Abasia trepidante. — Aquí la marcha se encuentra obstaculizada por movimientos antagónicos, contracturando los miembros inferiores, los que, sacudidos por una trepidación constante, le imprimen cierta semejanza con la paraplegia espasmódica.

La forma especial descrita por Brissaud (astasia-abasia saltatoria) está caracterizada por enérgicos movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, irregulares, arrítmicos. Los enfermos avanzan a saltos, apoyándose en los objetos que los rodean; de otro modo sería fatal su caída.

Como complemento de estas someras indicaciones generales, recordemos que a Gilles de la Tourette se debe una de las mejores descripciones de sus diversos tipos clínicos, pues dedica a este sindroma uno de los más interesantes capítulos de su clásico tratado (20).

## VI. — Diagnóstico.

El diagnóstico de la astasia-abasia no ofrece, en la mayoría de los casos, dificultades considerables, si se conoce el sindroma; pero siendo frecuentemente ignorado por los médicos no especialistas, se le confunde con afecciones diversas, de origen neurósico o reumático, y aun con trastornos orgánicos de la medula espinal.

(20) Gilles de la Tourette: *Traité clinique, etc.*, parte III, cap. XIII, pág. 132 a 157.

En rigor, según observa Blocq, la confusión sólo sería posible con otras disbasias psíquicas: amnésica de Seglas y Sollier, emotiva de Seglas y Binswanger; pero un neurólogo nunca podrá confundirlas con perturbaciones motrices de otro orden, determinadas por una lesión orgánica del eje cerebro-espinal. La disbasia amnésica se distinguiría de este sindroma por hallarse bajo la dependencia de perturbaciones psíquicas generales, siendo la amnesia el fenómeno dominante, extendido no solamente a la marcha normal, sino también a otros actos automáticos diversos. La disbasia emotiva, de Binswanger, se caracteriza por un sentimiento de ansiedad, de terror bien marcado por la estación y la marcha, en todo comparable a la ansiedad que asalta al agorafóbico al atravesar una plaza, por ejemplo; aquí se impone pensar en el diagnóstico de "staso-basofobia", sindroma frecuente en los degenerados mentales y psicasténicos, raro en los histéricos.

De las diversas formas clínicas de esta enfermedad, la llamada paralítica se presta más a errores de diagnóstico, en un examen superficial. Un astásico-abásico de este tipo, en su grado más intenso, puede confundirse con un parapléjico común, y sobre todo, con un parapléjico histérico

Con una paraplegia vulgar la confusión sería imperdonable; en efecto, un disbásico no tiene sus reflejos modificados (aunque esto no es absoluto), ni tiene perturbaciones de la sensibilidad, urinarias o tróficas; además, y esto es más importante, conserva intacta su fuerza muscular y la regularidad de los movimientos de los miembros inferiores en el decúbito.

En la paraplegia histérica, en su forma flácida, la confusión es posible, sobre todo si consideramos la frecuencia de estigmas histéricos en los astásico-abásicos; sin embargo, el parapléjico suele acusar disminución de po-

tencia muscular y el trastorno motor no desaparece, sea cual fuere la posición adoptada.

Cuando en el abásico es posible la marcha, la incertidumbre de ésta le imprime ciertos caracteres que harían posible confundirle con un tabético; bastará tener presente la marcha tan característica de los enfermos con ataxia locomotriz. Si al tabético, estando sentado, se le ordena ponerse de pie y marchar, se levanta bruscamente, la mirada fija en el suelo, la atención concentrada en su acto, lanza violentamente las piernas hacia delante y afuera, golpeando con fuerza el suelo; si entonces se le ordena detenerse de pronto, pierde el equilibrio; lo mismo sucede cuando se desvía su atención de la marcha. Estando de pie, la oclusión de los ojos determina la vacilación y la caída (signo de Romberg). Además el atáxico conserva en decúbito la incoordinación en sus movimientos, no pudiendo en estas condiciones medir la fuerza, la dirección y la amplitud de ellos.

Con esos datos, puestos de relieve por Blocq, no cabe confusión entre esta y las demás disbasias, debidas a parálisis o incoordinaciones musculares.

Sobre la base de esos conocimientos clínicos, el diagnóstico diferencial de nuestra enferma fué relativamente fácil, imponiéndose el de astasia-abasia desde el primer momento.

Una *paraplegia* debía excluirse por no existir fenómenos paralíticos propiamente dichos, según demostraba la persistencia de la fuerza muscular para los movimientos efectuados estando en el lecho o sentada; excluíanse, pues, las afecciones medulares, sistematizadas o no sistematizadas, las lesiones cerebrales localizables bilateralmente, la paraplegia histérica, etc.

No se advirtieron *atrofias musculares*, alejándose toda sospecha de lesiones miopáticas, mielopáticas o neuríticas, capaces de producir un sindroma parapIégico, sin contar

que la astasia-abasia no podría confundirse con la paraplegia por las otras razones ya apuntadas.

Hay una perturbación de las funciones inherentes al equilibrio. Pero es un trastorno *eminentemente funcional y sistematizado,* pues aparte de la estación y la marcha, todos los movimientos son bien coordinados, excluyendo la hipótesis de una ataxia de origen periférico, mixto o central.

El carácter exclusivamente sistemático de este trastorno funcional obliga a referirlo a una causa psíquica, localizada en la zona motriz de la corteza cerebral: una disociación o inhibición del centro o centros funcionales correspondientes a la estación de pie y la marcha (análoga a la que determina una afemia o una agrafia histéricas). Se trata, pues, de un accidente histérico, el cual realiza el sindroma de Blocq, la astasia-abasia, revistiendo la forma clasificada por Charcot con el nombre de paralítica.

## VII. — Interpretación patogénica.

El Dr. Pomina, en su tesis ya citada, enumera las diversas interpretaciones y teorías emitidas para explicar la patogenia de este sindroma, siguiendo las huellas de Blocq y de Sollier; generalmente la opinión de Blocq es más aceptada.

Todos consideran el fenómeno como una perturbación de origen cerebral, una alteración psíquica que trae como consecuencia la disbasia motriz; pero cuando intentan clasificar su naturaleza comienzan las divergencias. Blocq la considera como resultado de una deficiente representación mental de los actos coordinados relativos a la marcha; Seglas y Sollier como la pérdida de la me-

moria de dichos actos; Binswanger como una fobia de la marcha.

Analizando sucintamente los actos coordinados de la estación de pie y la marcha, Blocq ve intervenir en su producción dos centros motores, uno cerebral y otro espinal. Al centro superior, el cerebral, corresponde el acto volitivo, la emisión de la orden de la marcha, de su aceleración, de su amortiguamiento, la suspensión del acto pasivo; al centro medular sólo corresponde la ejecución automática de aquélla.

Se comprende entonces que una lesión de estos centros, con mayor razón la de ambos, repercutirá sobre el mecanismo de la marcha, perturbándola o aboliéndola; si el trastorno actúa sobre el primer centro, faltará el estímulo inicial, la impulsión voluntaria, y el centro medular no podrá espontáneamente llevar a cabo los movimientos de la marcha; si actúa sobre el segundo habrá impulsión cortical, pero la medula no reaccionará tras ella.

Se concibe que si ese trastorno, o influencia inhibidora como imagina Blocq, es completo, habrá abolición del acto; pero si es incompleto, las órdenes serán transmitidas o ejecutadas desigualmente, de manera desordenada, produciendo la desarmonía y la incoordinación más o menos pronunciada de los movimientos. ¿Sobre cuál de estos dos centros se localiza la perturbación que determina el sindroma de la astasia-abasia? Blocq (21) respondía, al describir el sindroma: "En el estado actual de nuestros conocimientos sobre el asunto, sería temerario establecer que, en todos nuestros casos, uniformemente, el asiento de la perturbación es primitivamente cortical, o al contrario, espinal. — Es verdad que, en muchos de nuestros casos, la existencia de influencias psíquicas precediendo al desarrollo o a la desaparición

(21) BLOCQ: *Sur une affection*, etc., loc. cit.

del trastorno motor, hablaría en favor del origen cortical; pero parece, por el contrario, que en una, por lo menos, de las observaciones (la décima), la afección fué primitivamente medular''.

Posteriormente (22) el autor niega a la medula, *al menos como causa primera,* intervención en el fenómeno. El origen histérico, la manera de evolucionar, su duración y el éxito de la psicoterapia, no dejan dudas acerca del origen cerebral de esta enfermedad.

¿Cuál es la naturaleza de esta perturbación? ¿Es orgánica o funcional? Puede admitirse, con Charcot, que se trata de una alteración de las llamadas puramente dinámicas, vista la integridad de otras funciones, como la inteligencia, la sensibilidad, la fuerza muscular, etc.

Se trataría, pues, de una perturbación dinámica cortical, localizada sobre el dominio del territorio celular que preside el acto coordinado de la marcha, con exclusión de los otros sistemas de traslación. Esto último se explica por la existencia, lógicamente presumible, de vías asociativas distintas, que presiden a los otros modos de locomoción, como el salto, la carrera, la natación, la marcha en cuatro pies, etc.

Es un fenómeno análogo al observado en ciertas afasias histéricas, donde el enfermo, imposibilitado absolutamente de expresar su pensamiento por el lenguaje articulado, puede, sin embargo, gritar, expresarse por el lenguaje escrito y aun conservar íntegro su lenguaje musical (23).

Concuerdan los tratadistas en interpretar este sindroma como una alteración dinámica cerebral, pero las divergencias aparecen al analizar la naturaleza íntima del trastorno psíquico.

(22) BLOCQ: *Les troubles de la marche, Semeiologie,* etc., ob. cit.
(23) INGENIEROS, "*La Psicopatología del lenguaje musical*", en *Archivos de Psiquiatría y Criminología,* Buenos Aires, Mayo 1902.

Blocq piensa "que debe considerarse como análoga a esa manera de expresión patológica especial, descrita por Janet con el nombre de *anestesia sistematizada.* Este psicólogo entiende, con esto, que la anestesia no se refiere a todas las sensaciones que provienen de ciertos sentidos, sino de un *grupo de sensaciones que forman un sistema,* dejando llegar a la conciencia la noción de todos los otros fenómenos percibidos por los mismos sentidos". "En la astasia-abasia parece que se trata del mismo hecho, con esta diferencia: que las cosas no se producen en el dominio de la sensibilidad, sino en el de la motilidad. Sólo las representaciones mentales relativas a la marcha son deficientes, mientras que las relativas a los otros modos de progresión, o movimientos generales de las articulaciones, persisten intactas. La abasia sería, para nosotros, una variedad importante de akinesia: una *akinesia psíquica sistematizada*". En apoyo de su interpretación cita un caso de Babinsky, de una parálisis histérica sistematizada de todas las funciones generales del miembro inferior izquierdo, salvo la marcha; parálisis que representaría, precisamente, el tipo inverso de la abasia. Según Blocq, la interpretación propuesta por Janet convendría para explicar los fenómenos de uno y otro orden.

Seglas y Sollier (24) consideran la astasia-abasia como una amnesia del mecanismo de la marcha. Siendo ésta un acto automático, adquirido mediante un largo aprendizaje, puede admitirse la posibilidad de olvidarla, como toda cosa aprendida.

Para que la marcha no se cumpliera, bastaría que la excitación inicial, nacida por el contacto del pie con el suelo, no despertara el recuerdo del primer movimiento elemental. Entonces, aunque los centros asociados pudieran ser puestos en acción, no sería posible caminar

(24) SEGLAS Y SOLLIER: *Les troubles de la mémorie.*

(Seglas). En este último caso, en que existe intacto el recuerdo de los centros secundarios, el abásico podría caminar siempre que una excitación diferente de la inicial (el contacto del pie con el suelo) actuara sobre el segundo centro. Se explicaría así que el abásico camine con sólo sostenerlo por los brazos (Seglas).

Que el mecanismo de la marcha puede olvidarse, lo prueba esta observación vulgar: muchos enfermos, postrados en el lecho durante largo tiempo por una enfermedad depresiva, olvidan la marcha, necesitando nuevo aprendizaje para volver a caminar.

Sería un fenómeno análogo al que sucede con la afasia y la agrafia histérica: el enfermo no puede hablar ni escribir, pues ha olvidado el mecanismo de los actos necesarios para hacerlo.

Blocq, refiriéndose a la teoría de Seglas, insiste en que la abasia es un trastorno psíquico que afecta la función de la marcha exclusivamente, es decir, la asociación de los diversos elementos que intervienen para ejecutar esta manera de traslación.

Para Biswanger es un simple episodio neurasténico, una fobia de la marcha, una hermana de la agorafobia. Sin embargo, es evidente que en la inmensa mayoría de los casos los astásico-abásicos no presentan la emotividad exagerada, la puerilidad, la ansiedad, la abulia, que hacen del agorafóbico un desequilibrado psíquico y moral.

En suma, parece evidente que el proceso depende de los centros funcionales de la estación y la marcha, localizados en la corteza cerebral, cuya perturbación es sistemática, dejando intactos los centros de otros actos automáticos diversos y el estado mental del enfermo.

## VIII ASTASIA-ABASIA COMBINADA CON IMPULSOS AMBULATORIOS

Creemos útil extractar, a guisa de ilustrativo documento clínico, un caso muy interesante descrito por Raymond y Janet (25), el cual sugiere muchas indicaciones sobre la naturaleza y patogenia de este accidente histérico.

La enferma pertenecía a una familia de neurópatas y desde la primera infancia manifestóse tan emocionable, que la bautizaron con el nombre de "sensitiva". Las emociones le hacían flaquear las piernas; despertada, una noche, por los gritos de su hermana, se levanta, quiere correr hacia ella, pero cae en medio de la habitación, pues le fallan las piernas. El accidente se repite varias veces, con carácter transitorio; dos meses antes de concurrir al hospital, a consecuencia de un grave disgusto con su abuelo, el fenómeno se instala con caracteres permanentes. No tiene verdadera paraplegia, pues siempre conservó el movimiento de sus piernas estando en la cama y podía resistir los movimientos comunicados; en cambio érale imposible estar de pie o marchar. En suma, la enferma presentaba astasia-abasia, es decir, parálisis incompleta y sistematizada de los miembros inferiores.

Al entrar al hospital no tenía ninguna anestesia táctil o muscular; esto no debe sorprender, pues las anestesias musculares asociadas a estas parálisis sistemáticas pueden ser tan débiles que escapen a nuestros medios de investigación, siendo probable, además, que esas anestesias ligeras sean transitorias y sólo se manifiesten cuando el enfermo intenta realizar el acto suprimido.

Lo principal en estos enfermos es la pérdida de una función y no la pérdida conjunta de la sensibilidad del

(25) RAYMOND Y JANET: *Névroses et idées fixes*, vol. II. pág. 406 y sigs.

miembro; las perturbaciones generales del movimiento y de la sensibilidad solamente existen con motivo de la función. Si se admite la existencia de un centro cortical específico para la marcha, puede afirmarse que el trastorno depende de ese centro; hasta ahora Janet y Raymond prefieren creer que se trata de la pérdida de cierta asociación de las células de ese centro, las cuales quedan intactas para otras asociaciones. Aparte esa cuestión, el caso tiene otra fase muy interesante. La madre de la enferma, al conducirla a la consulta, dice que desde el comienzo de la enfermedad, tres meses atrás, la niña "se fatiga caminando demasiado". Y ocurre el siguiente diálogo:

—¿Cómo? ¿Una abásica camina demasiado? Pero en nuestra presencia le es imposible tenerse de pie y se queja de no poderse levantar de su silla. ¿Cómo viene a contarnos que "camina demasiado"?

—(La enferma, interrumpiendo): Pero doctor, no era la misma cosa. Cuando yo quería caminar, aunque fuera para coger un objeto situado a dos pasos de distancia, caía en tierra; pero en otras ocasiones, cuando yo no quería caminar, me asaltaban impaciencias en las piernas, y éstas comenzaban a caminar solas, contra mi voluntad. Así me pasaba horas enteras en mi habitación, como un oso en su jaula. Me era imposible detenerme; después de marchar varias horas me sentía fatigada y no podía descansar. A pesar de ello, si me proponía ir voluntariamente a alguna parte, caía de seguida, las piernas se desplomaban.

—Veamos, señorita, no la comprendemos. ¿Usted camina o no camina?

—Yo no puedo caminar cuando lo deseo o cuando necesito hacer alguna diligencia; camino indefinidamente cuando no lo deseo ni necesito ir a ninguna parte.

Atendiendo a esa singular descripción de sus síntomas, la enferma fué admitida en la clínica. Lloró mucho

al separarse de su madre; con gran desesperación averiguó cuándo se le permitiría volver a su casa.

—Cuando camine bien, señorita.

—Bueno, entonces déjenme ir en seguida.

La enferma se puso de pie y caminó perfectamente; fué retenida algún tiempo en el hospital y pudo comprobarse que la curación era definitiva.

Los síntomas descritos constituyen una verdadera experiencia, análoga a las realizadas sobre los movimientos subconscientes; en la enfermedad espontánea, lo mismo que en la experiencia, hay pérdida de la función voluntaria y consciente, mientras se conserva la función involuntaria y subconsciente. Es una comprobación accidental de la hipótesis de Janet acerca de uno de los primeros y más importantes grados de la disociación cerebral y mental, que separa un sistema psico-fisiológico del resto del cerebro y de la personalidad. Tal es el primer efecto de las emociones; es posible que en un grado ulterior la función se disocie más aún y se altere el sistema en el propio funcionamiento subconsciente. La misma curación de esta enferma, por un esfuerzo voluntario de su síntesis mental, es interesante.

## IX. — Psicoterapia.

En presencia de un trastorno motor de origen psíquico —cualquiera interpretación se adopte acerca de su naturaleza íntima,—todo tratamiento tenderá a reparar la alteración psíquica; los medios lógicos, según la patogenia de este fenómeno, pertenecen a la psicoterapia: sugestión en vigilia, durante el sueño hipnótico, etc. Es el tratamiento general de los accidentes histéricos.

El mismo día del primer examen sometimos nuestra enferma a la sugestión en vigilia.

Se le dijo imperativamente que saldría caminando, después de friccionar sus piernas. Friccionósele primero la derecha, indicándole que ya "circulaba bien la sangre", y se le hizo apoyar el pie en el suelo, firmemente, haciéndola estar parada sobre un solo pie; repitióse la operación en la pierna izquierda, con igual resultado. En seguida la enferma, aunque con cierta timidez, caminó sin ser sostenida por nadie, con pasos cortos y lentos; tomada de la mano por un asistente, pudo correr en uno de los patios contiguos a la clínica. Se retiró caminando con sus propias piernas, apoyada en el brazo de su madre.

El lunes 25 volvió al consultorio, completamente imposibilitada para estar de pie y caminar. La influencia del ambiente familiar habíale sido funesta. Para tener resultados estables la enferma fué hipnotizada, practicándose la sugestión durante el sueño. Salió caminando.

El viernes 29 volvió regular; se tenía en pie y caminaba muy poco, a pasos cortos y arrastrando los pies. Se repite la sugestión hipnótica con buenos resultados.

Vista la necesidad de sustraer la enferma a su ambiente familiar, se aconseja a là familia su internación en el hospital, por ser indispensable el aislamiento. El 12 de septiembre la enferma ingresó al servicio del doctor Revilla, continuándose las sugestiones hipnóticas dos veces por semana. El 18 de septiembre la enferma camina espontáneamente, con ligera dificultad; le era posible hacerlo fácilmente, y aun correr, si se le ordenaba en tal sentido.

Por prejuicios harto difundidos en el público, la enferma fué sacada del Hospital y volvió a su ambiente familar. En menos de ocho días se agravaron los síntomas; antes de un mes la imposibilidad para la estación y la marcha fué completa.

La enferma desapareció del Servicio; se supo que su enfermedad persistió durante ocho o diez meses, sanando poco a poco, espontáneamente, sin tratamientos medicamentosos o a pesar de ellos.

# LA RISA HISTÉRICA

I. Psicofisiología de la risa — II. Patología general de la risa — III. Clasificación clínica de las risas histéricas. — IV. Un caso de risa histérica paroxística — V. Diagnóstico diferencial con la risa obsesiva y con la risa loca — VI. Caracteres de la risa histérica paroxística — VII. Tratamiento por la sugestión hipnótica.

## I. — Psicofisiología de la risa

Las manifestaciones patológicas de la risa podrían constituir un interesante capítulo de psicopatología; sus caracteres clínicos, su mecanismo psicofisiológico y su patogenia han sido poco estudiados hasta ahora. No abundan las monografías sistemáticas sobre tan atrayente cuestión de patología nerviosa y mental, aunque son numerosos los estudios relativos a la fisiología y la psicología de la risa.

Para estudiar su patología, debe fijarse previamente el concepto y los límites psicofisiológicos de la risa, a fin de no excluir fenómenos directamente referibles a ella ni incluir otros que en realidad no pueden asociársele.

Los autores que estudiaron la expresión de las emociones definen la risa como el conjunto de movimientos fisionómicos que exteriorizan una emoción de placer. Los fisiólogos limitáronse a decirnos que consiste en sacudidas respiratorias breves, las cuales se suceden rápidamente a través de las cuerdas vocales reunidas o

separadas, produciendo sonidos altos, claros e inarticulados, quedando flojo el velo del paladar; la boca está generalmente abierta y los músculos de la cara contraídos de manera característica. Los psicólogos han intentado determinar las condiciones mentales que determinan la risa, pero no es completo el acuerdo sobre tan interesante cuestión.

Voltaire—imposible no citarlo—amplió la frase de Rabelais, "reir es lo propio del hombre", en los términos siguientes: "Los animales no ríen de placer, pero derraman lágrimas de tristeza. El ciervo puede verter un humor de sus ojos cuando se ve acosado; el perro también, cuando se le diseca vivo; pero ellos no lloran la pérdida de sus amigos, como hacemos nosotros; ellos no estallan de risa, como nosotros, en presencia de un objeto cómico; el hombre es el único animal que llora y ríe" (1).

Los filósofos hicieron innumerables incursiones en este campo, y a fe que el tema es tentador. Pero los hombres de ciencia han procurado apartar cierta fácil divagación literaria, buscando una interpretación menos inexacta, ya sea en el orden psicológico, ya en el puramente fisiológico. En ambos sentidos la cosecha ha sido fecunda. Spencer (2), desde el punto de vista fisiológico, cree que no basta conocer las condiciones psicológicas de la risa para explicar los movimientos mímicos que las acompañan. ¿Por qué se contraen de cierta manera los músculos de la cara, así como los del pecho y del abdomen, cuando sentimos un vivo placer o cuando nos hiere un inesperado contraste en las ideas? La respuesta a esa pregunta debe esperarse de la fisiología, teniendo en cuenta la selección hereditaria en el curso de la filogenia.

(1) VOLTAIRE: *Dictionnaire philosophique*, art. "Rire".
(2) SPENCER: *Essais*, vol. I., cap. I.

Otra tendencia, puramente psicológica, considera que los fenómenos mímicos son secundarios; lo esenciál sería el engranaje psicológico que pone en juego los mecanismos fisiológicos de la expresión.

No pudiendo entrar al estudio de tan debatido asunto, nos limitaremos a decir, con Ribot (3), que no hay una risa, sino risas, pues este fenómeno se produce en condiciones heterogéneas y múltiples, siendo problemática la reducción de todas sus causas a una sola. Los interesados podrán consultar las monografías de Michiels (4), Penjon (5), Bergson (6), Dugas (7), Krapelin, Sully (8), Philbert (9) y las importantes referencias a la risa, al estudiar los sentimientos y las emociones, en las clásicas obras de Spencer, Bain, Ribot, Sergi, Feré, Lange, James, etcétera (10).

En la Argentina, tres médicos distinguidos han definido la risa; los tres, por una rara coincidencia, en sus tesis universitarias. Wilde dice: "La risa consiste en una sucesión rápida de inspiraciones y de expiraciones cortas; es frecuentemente ocasionada por ideas alegres, extravagantes o ridículas, por el cosquilleo, etc., todas causas que ponen preliminarmente en juego la actividad cerebral" (11). Prins define: "La risa es la resultante del estado fisionómico activo provocado por la emoción del placer, más los diversos actos corporales que pueden acompañarle" (12). La definición de Wilde encara el fenómeno intelectual de la risa, el hecho representativo,

(3) RIBOT: *Psychologie des sentiments*, pág. 342 y sigs.
(4) MICHIELS: *Le monde du comique et du rire*, edit. Calman Levy, París, 1896.
(5) PENJON: *Le Rire et la liberté* en *Revue Philosophique*, Agosto, 1893.
(6) BERGSON: *Le Rire*, etc., adit. Alcan, París, 1900.
(7) DUGAS: *Psychologie du rire*, edit Alcan., París 1902.
(8) SULLY: *Le Rire*, Alcan, París 1901.
(9) PHILBERT: *Le Rire*, citado por el editor de la obra de Sully.
(10) GEORGES DUMAS: acaba de estudiar las formas de risa atenuada en su volumen *Le sourire*.
(11) WILDE: *El hipo*, Buenos Aires, 1870.
(12) PRINS: *Reflejos emotivos* (Risa), Buenos Aires, 1897.

prescindiendo del estado emocional y de su expresión mímica; la de Prins reposa sobre el fenómeno emotivo, subordinando a éste la expresión mímica y prescindiendo del factor intelectual. La tercera tesis, sobre tan interesante tópico, corresponde al doctor E. Garzón (13).

El error de los autores que dan *una* definición de la risa consiste en no distinguir *varias* formas de risa; el fenómeno es complejo, pudiendo combinarse o disociarse de varias maneras los elementos que los componen, como ya observara Ribot (14).

Suelen distinguirse dos elementos en la risa: el gesto y la idea; el uno es exterior, fisiológico, susceptible de una descripción exacta y minuciosa; el otro interior, psicológico, cuyo estudio presenta más dificultades. Esta división no es del todo satisfactoria.

Creemos que en la risa conviene distinguir tres factores: el elemento mímico, el elemento emotivo y el elemento intelectual. Pueden coexistir los tres; pero pueden manifestarse por separado.

*a*) El elemento mímico de la risa exteriorízase por movimientos particulares de ciertos músculos de la fisonomía y por una sucesión de pequeñas expiraciones ruidosas que parecen depender de contracciones reflejas del diafragma. En el idiota, el niño o el demente pueden encontrarse la risa circunscrita a sus manifestaciones mímicas, como fenómeno del automatismo cerebral inferior, determinado por imitación, o como simple reflejo funcional, sin que intervenga la conciencia ni la subconciencia. Esta risa es un fenómeno motor, sin significación psicológica.

*b*) El elemento emotivo consiste en cierto estado especial del organismo, determinante de una emoción de placer, el cual encuentra en la risa mímica uno de sus

(13) GARZÓN: *Fisiología de la risa*, Buenos Aires 1897.
(14) RIBOT: *Psychologie des sentiments*.

medios particulares de manifestarse. Esta risa es un medio de expresión de las emociones; en ese carácter la encontramos en todos los seres humanos de regular desenvolvimiento psicológico.

c) El elemento intelectual consiste en la percepción de lo ridículo o lo risible contenido en el excitante de la risa; puede no estar acompañado por manifestaciones mímicas, ni por un estado emocional. Los argentinos atribuímos al verbo *gozar* la significación correspondiente a la forma intelectual de la risa.

## II. — Patología general de la risa.

La patología de la risa abarca fenómenos diversos, según afecte a los distintos elementos enunciados. Creemos que deben distinguirse una patología puramente mímica, una patología emotiva y una patología intelectual de la risa.

a) En la primera se agrupan los fenómenos de risa espasmódica estudiados en lás hemiplegias, esclerosis laterales, lesiones bulbares, etc.; los fenómenos de risa imitativa propios de los idiotas, los dementes, etc.; la clásica risa *in ore stultorum*; los tics con expresión de rictus; las convulsiones de un grupo muscular correspondiente a la función de la risa, como en el caso de la risa histérica, etc.

b) En la patología emotiva de la risa encontraremos los casos de disociación entre el estado emotivo y su expresión mímica: la risa acompañando a una emoción dolorosa, la desproporción entre el estado emocional y su expresión, la risa intensa e irrefrenable por motivos fútiles (la "risa loca"), la expresión de placer con que algunos delincuentes natos recuerdan los detalles de su crimen, etc.

c) En la patología intelectual de la risa pueden reunirse los casos en que la risa es producida por un proceso de lógica mórbida (risa delirante), por percepciones mórbidas (risa alucinatoria), por obsesión, por falsos procesos representativos, etc. Así ocurre al megalómano, cuyas ideas delirantes le provocan emociones de placer acompañadas de risa; al alucinado, que asiste a escenas agradables que le hacen reir; al razonador, que considera risibles ciertos fenómenos mal interpretados a través de su lógica mórbida; etc.

Desde el punto de vista clínico, los fenómenos de risa patológica pueden clasificarse de diversas maneras, según se considere su etiología, su forma, su duración, etc.

En la etiología podrían distinguirse: por imitación, por lesión orgánica, por neurosis, por locura, etcétera.

En la forma tendríamos: completas (la risa del idiota) o parciales (el tic, en forma de rictus, del degenerado), espasmódica continua (en ciertas esclerosis bulbares), espasmódica en los movimientos voluntarios (en ciertas hemiplegias) y flácidas o hipotónicas (en algunos idiotas); desproporcionada (la "risa loca"), fugaz (tic, rictus) o paroxística (risa histérica).

Su duración es variable, según la etiología y la forma de manifestarse; es permanente (en los casos de esclerosis orgánica), accesual (histeria) o acidental (tic), etc.

Hemos observado personalmente, en las clínicas de neuropatología y psiquiatría, casi todas estas formas de risa patológica; fácilmente podría verlas algún estudioso a quien tentara esta clase de estudios. Nuestro propósito es, simplemente, preceder con breves datos generales el estudio de la *risa histérica*, aprovechando observaciones cuyo aspecto difiere del que analizaremos en el presente capítulo.

Merecen recordarse, entre otras monografías moder-

nas sobre risas patológicas, el interesante estudio de Bechterew sobre la "Risa inextingible" (15), el artículo de Marie en el Tratado de Medicina (16), el estudio de Bickeles sobre el diagnóstico diferencial de las risas patológicas (17), el volumen racientemente publicado por Raulin (18), la clásica lección de Brissaud (19), breves consideraciones de Hartemberg (20) y las observaciones o estudios incidentales de Charcot y Richer, Strumpell, Feré, Raymond, Dejerine, Grasset, etc.

En la literatura médica antigua la risa cuenta con dos tratados importantes; el de Joubert, *Traité du Ris*, 1579, y el de Roy, *Traité médico-philosophique sur le rire*, 1814 (21).

## III. — Clasificación clínica de las risas histéricas.

La risa histérica se observa con frecuencia, especialmente en la clínica privada; sin embargo su bibliografía es reducida, limitándose los tratadistas clásicos a mencionarla, sin analizar sus caracteres ni clasificar sus diversos tipos.

Janet y Raymond (22) describen un caso de risa histérica en el capítulo de los *tics*. De manera general, designan con el nombre de temblores o de córeas a los movimientos continuos, no interrumpidos; y llaman espasmos o tics a ciertos movimientos discontinuos, separados por intervalos de reposo. Para distinguir los espasmos de los tics se atienen al carácter indicado por Charcot y precisado por Brissaud: "El tic es un movimiento

(15) Bechterew: Sociedad de Neurología y psiquiatría de Kazan, Abril, 1893.
(16) Marie: *Traité de Medicine*, vol. VI, pág. 359.
(17) Bickeles: Wiener Medizinischer Club, Mayo, 1894.
(18) Raulin: *Le Rire et les Exhilarants*, París Baillière, 1900.
(19) Brissaud: *Lecons sur les maladies nerveuses*, vol. II lección XXI.
(20) Hartemberg: *Revue de Psychologie*, París, Noviembre, 1899.
(21) Ambos citados por Feré en *Pathologie des emotions*, pág. 301.
(22) Janet y Raymond: *Névroses et idées fixes*, vol II, pág. 351.

sistematizado que reproduce y exagera un acto fisiológico dirigido a un fin funcional; el espasmo es un movimiento más simple, más autónomo, y no está sistematizado para un fin funcional" (23). En general, estas definiciones son útiles; pocas veces la diferenciación entre los tics y otros fenómenos semejantes será embarazosa, bastando para esos casos recordar las páginas dedicadas por Meige a la patogenia y diagnóstico diferencial de los tics (24).

La enferma de Janet y Raymond sufría de risa constante, desde más de cuatro meses, acompañada por una alegría permanente; todo cuanto la rodeaba parecíale ridículo y daba rienda suelta a su humor risueño. Su risa era, pues, una risa lógica; la anormalidad residía en su persistencia continua durante cuatro meses; cesaba durante el sueño y disminuía muy raras veces en vigilia, aprovechando la enferma esas remisiones para hablar o comer. Su tipo clínico era, pues, permanente aunque discontinuo, y la risa constituía el fenómeno histérico esencial.

En la escasa bibliografía sobre esta materia pueden distinguirse dos interpretaciones diversas. Para los unos la risa histérica es un simple epifenómeno de otro accidente histérico: el ataque convulsivo. Para otros es el accidente mismo: esta opinión confirma la idea de que es un tic funcional.

Para Dejerine y otros, el acceso de risa histérica sería un epifenómeno de los ataques convulsivos, un fenómeno secundario. "La risa histérica se presenta también en forma de accesos; precede, acompaña o sigue a los ataques convulsivos, o bien se presenta en los intervalos que los reparan" (25).

(23) BRISSAUD: *Leçons sur les maladies nerveuses*, vol. I, pág. 503.
(24) MEIGE: *Les tics et son traitement*, pág. 65 y sigs., 458 y sigs.
(25) DEJERINE: En *Traité de Pathologie generale*, de Bouchard, vol. V.

A esta manera de ver opónese la de otros tratadistas. Grasset y Rauzier (26) distinguen dos clases de convulsiones histéricas, generales y parciales, considerando la risa histérica como una crisis convulsiva de forma parcial, independientemente de los ataques convulsivos generales. Gilles de la Tourette (27) dedica una sola página a este accidente histérico; cita el caso clásico de Houllier, referido por Ambrois Paré (28) al tratar de la "sofocación de la matriz", como se designaba entonces a la gran neurosis. Tratábase de varias hijas de un magistrado de Rouen que sufrían un acceso de risa desenfrenada, desde una a dos horas; al llegar su madre y otros parientes, viéndolas así, reían también ellos sin freno e involuntariamente; reaccionaban, entregándose a recriminar a las niñas, pero éstas seguían riendo, y aseguraban que les era imposible contenerse, no obstante la desesperación y las lágrimas de su madre.

En el tratado de Briquet (29) se describe una enferma atacada de accesos involuntarios de risa, que la tristeza no inhibía; echábase a reir cuando sentía necesidad de llorar y algunas veces lloraba y reía al mismo tiempo; no obstante sus acentuados sentimientos religiosos, este paroxismo de risa solía asaltarla en la iglesia, durante los oficios divinos. Otros casos cita el mismo Briquet, de diversos autores. Una joven fué asaltada de risa inextinguible en la primera noche de su matrimonio, en momentos de rendir a su esposo el holocausto de su doncellez. Dos enfermas de Liebault, recordadas por Primorose, después de haber llorado mucho, no pudieron

(26) GRASSET Y RAUZIER: *Maladies du Système Nerveux*, vol. II.

(27) GILLES: *Traité clinique et therapeutique de l'hystérie*, vol III pág. 293.

(28) A. PARÉ: *Les Oeuvres d'Ambrois Paré*, lib. XXIV, cap. LIV, pág. 976.

(29) BRIQUET: *Traité clinique*, etc., pág. 322.

dejar de reir locamente durante varias horas consecutivas.

Accesos de risa histérica sufrió, también, Sor Juana de los Angeles (30), describiéndolos ella misma en esta frase exacta: "En todo momento estaba constreñida a reir involuntariamente y me sentía impulsada a decir palabras jocosas; sin embargo, mi turbación no era tanta que yo no tuviera el poder de contenerme".

En otras religiosas célebres se ha repetido este accidente, interpretándosele a menudo como signo de posesión demoníaca. La imitación, tan importante en el determinismo de los accidentes histéricos del aparato respiratorio, puede dar un carácter epidémico a la risa, toda vez que un caso inicial se produzca en ambiente propicio: escuelas, conventos, etc. Un hecho semejante hemos observado al estudiar la etiología del hipo histérico.

Las dos interpretaciones corrientes son, por separado, deficientes para englobar las diversas formas clínicas de risa histérica observadas por nosotros; por eso preferiríamos que se hablara de "risas" en general.

Proponemos la siguiente clasificación de las risas histéricas, fundándonos sobre nuestras observaciones; abarca todas las formas descritas hasta ahora.

En el primer grupo la risa es un accidente secundario de los ataques convulsivos. En el segundo la risa constituye por sí sola el accidente histérico primordial. Cada grupo comprende tres tipos.

Primer grupo.

1.° El paroxismo de risa puede preceder inmediatamente a un ataque convulsivo general, representando una especie de *aura* del ataque. Recordamos de una enferma que sufrió un ataque por celos inmotivados, iniciándose la crisis por un paroxismo de risa, estrepitoso

(30) Ver GILLES DE LA TOURETTE, en *Traité*, cit.

desde su comienzo, de breve duración, generalizándose en seguida los fenómenos convulsivos; un hecho probaría que la risa no formaba parte del ataque, siendo su *aura*: la enferma conserva recuerdo de que la asaltó una risa sin freno (memoria del aura), mas no recuerda ninguno de los hechos siguientes, desde que estallaron los fenómenos convulsivos (amnesia del ataque.)

2.° La risa surge simultáneamente con las convulsiones, siendo un *simple síntoma del ataque*. Es frecuentísimo observar mujeres que muequean una risa sonora mientras su cuerpo se estremece en convulsiones desenfrenadas; ese contraste, entre la carcajada estrepitosa y la agitación desesperante, suele ser uno de los motivos de mayor aflicción para los allegados de la enferma. La risa, en estos casos, se atenúa paralelamente a las convulsiones, cesando junto con ellas.

3.° En otras histéricas el acceso de risa sobreviene al terminar el ataque convulsivo general, como *síntoma de resolución,* semejante a la micción involuntaria con que terminan ciertos ataques epilépticos. En algunos casos la risa es subsiguiente al ataque, pero entonces suele ser un simple síntoma del período de delirio postconvulsivo, frecuente en muchas histéricas.

Segundo grupo.

4.° En el caso que a continuación analizaremos extensamente, la risa es un *acceso paroxístico monosintomático,* constituyendo, por sí sola, todo el accidente histérico; es la única expresión convulsiva de la neurosis, llena el cuadro clínico, determina las indicaciones terapéuticas. Su duración es breve, su evolución es semejante a la de un ataque convulsivo; en rigor puede considerarse como un equivalente de este último.

5.° Otras veces los ataques convulsivos generales se alternan irregularmente con los paroxismos de risa, evolucionando independientemente los unos de los otros.

Son numerosas las enfermas que se hacen tratar por sus ataques convulsivos generales, refiriendo, como dato accesorio, sus habituales crisis de risa involuntaria e incoercible, con o sin pérdida de conciencia. En esos casos la risa es un *accidente transitorio secundario* de la neurosis, relegado a segundo plano, pero ajeno a los ataques convulsivos que son los accidentes primordiales.

6.° La enferma sufre de risa continua e incoercible, motivada o inmotivada, durante muchas horas o días, con remisiones, pero sin intermitencias: es la llamada "risa inextinguible". Conocemos un enferma que rió, continuamente, por más de veinte días; se citan casos de algunas que permanecieron muchos meses en ese estado. (31). En estos casos la risa histérica es un *accidente permanente* del aparato respiratorio.

He aquí un esquema de nuestra clasificación clínica:

- Risas histéricas.
  - Accidente secundario de los accesos convulsivos,
    - Aura del acceso.
    - Complicación del acceso.
    - Síntoma resolutivo del acceso.
  - Accidente histérico independiente.
    - Monosintomático.
    - Paroxismo alternante con otros accidentes histéricos.
    - Permanente.

Siendo la primera que se publica, no pretende ser imperfectible; pero comprende todos los tipos hasta hoy descritos y cada uno de sus grupos es inconfundible con los otros (32).

(31) Ver en la *Gazz. Med. de París*, Febrero 1904.

(32) Una traducción francesa del presente estudio se publicó en *Journal de Psychologie normale et pathologique*, París, Julio-Agosto 1906.

## IV. — Un caso de risa histérica paroxística.

La enferma que estudiamos fué asistida en el hospital San Roque, servicio de neurología, en junio de 1903; la había examinado en el público el doctor Cassinelli, quien le diagnosticó histeria y le recomendó se asistiera en el consultorio externo del servicio. Es una joven de diez y siete años, argentina, soltera, católica. Ha conducido una vida tranquila, regular, sin más deseos que los propios de su edad y de su sexo, asociados a una sensualidad pronunciada; su carácter ha sido amable y vivaz, bien armonizado con su ambiente familiar y con el modesto medio social que frecuenta. Su constitución es robusta y su estado de nutrición más que confortable: pesa 85 kilos, siendo de estatura mediana.

Sus antecedentes familiares son simples. Su padre ha sido un poco nervioso, tal vez alcoholista. Su madre es sana, como también sus colaterales. En sus antecedentes individuales figuran enfermedades de la infancia y de la adolescencia, exentas de importancia. Se desarrolló a los trece años; sus funciones son regulares y no modifican sensiblemente el estado general de la enferma. Desde la pubertad su instinto se ha manifestado intensamente; siéndole imposible desatender sus solicitaciones, ha sistematizado su placer mediante caricias diarias, que le producen emociones completas. Este hábito ha tenido estrecha relación con su primer paroxismo de risa histérica.

Ocho o diez meses después de su desarrollo, la enferma sufrió el paroxismo inicial. Fué a las diez de la noche; encontrábase en cama, satisfaciendo su hábito y a punto de terminar su caricia consuetudinaria, cuando le asaltó un deseo irresistible de reir a carcajada tendida; no perdió la conciencia, sin embargo, y pudo ocultar el

acceso a sus padres, que dormían en una habitación vecina, comprimiendo su cara contra la almohada, hasta que cesó lo risa. Refiere la enferma que duró treinta segundos (más o menos), dejándole una sensación de relajamiento; al día siguiente despertó con dolor de cabeza.

Aunque a nadie refirió su acceso de risa, ni solicitó asistencia médica, la enferma quedó muy preocupada por su accidente, sin apartarse por ello de su hábito. Durante tres meses no tuvo otra crisis semejante; sólo recuerda algunas cefalalgias y sensaciones fugaces de mareo no acompañadas de otros fenómenos sensoriales. Cumplidos tres meses — estando en vísperas de su función periódica — la enferma sufrió un segundo ataque. Se produjo a las cinco de la tarde mientras se encontraba de visita fuera de su casa; la enferma perdió completamente la conciencia y nada recuerda de su acceso, fuera de lo que ha oído referir. Según su madre, mientras la niña conversaba, notó que se distraía, mirando un punto fijo de la pared, con los ojos muy abiertos, hasta que comenzó a reir, aumentando paulatinamente la intensidad de sus carcajadas; el acceso duró tres o cuatro minutos y al recobrar su conciencia la enferma no recordaba lo ocurrido.

Los ataques se repitieron en esta misma forma y en diversas circunstancias, independientemente de las caricias, cada dos o tres meses, durante los años 1901 y 1902; pero desde comienzos de 1903 su frecuencia fué mayor, llegando últimamente a producirse cada ocho días. En los intervalos entre los paroxismos su estado general es óptimo y su carácter tranquilo; sólo se queja de algunas cefalalgias y mareos.

Al ser examinada por primera vez, en el consultorio del hospital San Roque, no se observaron caracteres degenerativos dignos de ser mencionados; su conformación

morfológica es excelente y abundante su panículo adiposo.

Sus aparatos circulatorio, digestivo y génitourinario funcionan regularmente. El examen especial del aparato respiratorio revela un tórax amplio y robusto, pulmones sanos, ritmo respiratorio normal; el uso del corsé, durante muchas horas seguidas, suele molestar a la enferma. La emisión de la voz es normal, la fonación excelente; el examen de la glotis laríngea no revela anomalías de ninguna clase. En circunstancias normales se ríe de la manera más natural.

Los reflejos tendinosos están ligeramente aumentados; la motilidad general es óptima; la resistencia a la fatiga pequeña, a causa de la abundante adiposis. No hay tics ni espasmos.

La sensibilidad general es mediocre. Hay una zona hipoestésica debajo del seno derecho y otra en la cara externa del brazo del mismo lado. No hay zonas histerógenas; las zonas hipoestésicas mencionadas no tienen función histerógena ni histerofrenadora. Sensibilidades especiales bien. Hay anestesia faríngea completa, ligera discromatopsia y un poco de estrechamiento del campo visual. El estado psíquico es excelente.

Nos encontramos, pues, ante una joven que sufre accesos paroxísticos de risa, acompañados por pérdida de conciencia; en los intervalos padece de cefalalgias y mareos. Al ser examinada presenta ligero aumento de los reflejos tendinosos, zonas hipoestésicas bajo la mama y sobre el brazo, anestesia faríngea completa, ligera discromatopsia y un sensible estrechamiento del campo visual.

## V. — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA RISA OBSESIVA Y CON LA RISA LOCA

El diagnóstico de ataques de *risa histérica de forma paroxística* se impone sin reticencias. Ninguna de las otras formas de risa patológica reviste caracteres semejantes a los descritos, ni se acompaña de los síntomas somáticos propios de la gran neurosis.

Sin embargo, es frecuente encontrar en los degenerados mentales, en los neurasténicos o en los psicasténicos, fenómenos de origen mental que podrían, en los primeros momentos, sugerir dudas y plantear la cuestión del diagnóstico diferencial. Ciertas *risas obsesivas*, sin ser la expresión de un estado delirante, pueden producir intensas perturbaciones de la inteligencia y de la conducta; en esos estados mórbidos, la sonrisa, lejos de embellecer la fisonomía, le imprime un aspecto desagradable e inquietante, máxime si se repite fuera de propósito.

Un institutor, de treinta y cinco años de edad, dirigió al profesor Bechterew (33) la siguiente autodescripción de su *risa obsesiva*, superando en exactitud a las referencias de los tratadistas.

"Mi estado nervioso — dice — manifiéstase por una ansiedad permanente, ardor en los ojos y sonrisas involuntarias. Ese estado me inquieta, me hace insoportable la vida y es la causa primera de mis tendencias hipocondríacas. Me es imposible precisar la época en que cada uno de los síntomas apareció por vez primera. Recuerdo que en mi infancia tuve ya que luchar con la timidez. Bastaba me señalaran con el dedo, como culpable de cualquier falta, para turbarme y sonrojarme violentamente, aun siendo en absoluto ajeno al hecho imputado. Además,

(33) BECHTEREW: *Sur le sourire obsédant*, compte-rendu en *Revue de Psychologie*, Octubre 1899.

mi cuerpo encorvado era causa de muchas humillaciones que me imponían mis camaradas; pero esos fueron accidentes de la infancia, felizmente transitorios. Más tarde mi estado de ánimo se complicó de cierta tendencia a la distracción, y en algunos momentos por una imposibilidad absoluta de dar a mi fisonomía una expresión seria. En esa época practiqué el vicio solitario en gran escala durante seis meses, es decir hasta los diez y seis años. Antes de regresar del seminario he querido ocuparme de mi salud, leyendo obras de medicina, libros de vulgarización; esas lecturas me revelaron los peligros de mi vicio, alarmándome vivamente. Entrando al servicio mi timidez se acrecentó mucho; el deseo de ocultar mi estado mórbido, mi deformidad física y moral, me indujo a buscar siempre la soledad, inspirándome el temor de traicionar lo que yo ocultaba cuidadosamente a cuantas personas me rodeaban. Como consecuencia de ello se produjo en mí una depresión moral; mi timidez se exageró de tal manera que, no pudiendo resistir la mirada ajena, me ví en la necesidad de usar anteojos negros. Preocupado por mi salud, ensayé el alcohol como estimulante y abandoné el vicio del tabaco. Mientras tanto cambié de ubicación; en mi nuevo puesto, habiéndose multiplicado mis obligaciones, sufrí por primera vez la sonrisa obsesiva. Cuando estoy solo me siento tranquilo, pero estando en sociedad toda mi tranquilidad desaparece. En la calle, al cruzarme con un transeunte, me veo obligado a sonreir. En clase sonrío igualmente; cuanto más deseo contenerme, tanto más violenta es la risa. En la iglesia, orando, paréceme que todas las miradas convergen hacia mí; inclino la cabeza y siento que estoy a punto de reir, aunque no tenga humor para ello; al contrario, sufro un sentimiento de tristeza desesperante. La sonrisa se produce cuando estoy bajo la influencia de un gran dolor físico, después de una noche

blanca, cuando espero un gran disgusto, y en general cuando el sistema nervioso está preocupado por una circunstancia exterior. Fuera de los síntomas citados, debo agregar también mi extraordinario lagrimeo, la débil resistencia de mi organismo a los descensos de temperatura, el enfriamiento constante de las extremidades, astenia general, ausencia completa de energía y debilidad de la memoria''.

En presencia de esta curiosa autobiografía, el profesor Bechterew diagnosticó neurastenia. Ese diagnóstico podría discutirse con los de psicastenia y degeneración mental, pero en ningún caso autorizaría a sospechar la histeria. En los primeros la enfermedad es mental, sea que haya astenia generalizada por fatiga crónica, descenso de toda la tensión psicológica o una predisposición congénita a la producción de sindromas mentales episódicos; en cambio en los histéricos el trastorno es psíquico y no mental, limitándose la perturbación a un ''centro funcional'', independientemente del resto de la personalidad psíquica y orgánica, que puede no presentar alteraciones de ningún orden.

En la risa histérica podemos encontrar, naturalmente, como síntomas concomitantes, todos los pertenecientes a la neurosis, en el orden psíquico, sensitivo, motor, visceral. Ellos, lejos de facilitar una confusión con los sindromas mentales indicados, servirán, por sus caracteres propios, para corroborar el diagnóstico de histeria, el cual solamente en casos muy raros podrá ser dudoso: cuando se trata de una idea fija o de un tic histérico, por ejemplo.

Aunque nunca se cita su diagnóstico diferencial con la risa histérica, creemos necesario mencionar aquí la *risa loca* que sin ser una risa patológica, tiene muchas afinidades con la histérica, en su forma accesual o paroxística.

La "risa loca" recibe ese nombre por no tener causa aparente o más bien dicho, por ser desproporcionada a la causa provocadora. "Parece provenir solamente de un rico fondo de salud y de juventud, de buen humor latente, de una fuerza nerviosa acumulada y pronta a derrocharse" — dice Dugas (34), no encontrándola justificada por las causas que la producen; la risa loca es inoportuna, intempestiva. No es irreverente, por lo menos en la intención; de allí que merezca indulgencia, ya que no simpatía, por su carácter involuntario. El mismo Dugas señala dos caracteres distintivos, que hacen de la "risa loca" la risa por excelencia: es irresistible e inextinguible. En vano se intenta disimularla o detenerla ocluyendo la boca con la mano, apretando los labios, mordiéndolos hasta sangrarlos; es inútil mortificarse, avergonzarse de la propia tontería y extravagancia, inútil temer el escándalo; la risa se exaspera con los razonamientos y las violencias que se le oponen, exagerándose paulatinamente.

Darwin (35) describió el acceso de risa loca; Michiels (36) la pinta muy bien en pocos rasgos: "Un hombre atacado de risa loca ofrece un espectáculo curioso. Todo su cuerpo, todos los rasgos de su fisonomía son presa de agitación; rueda sobre los sillones, sobre los canapés; un estridor de carcajadas sale de su pecho; brillan lágrimas sobre sus ojos; hace señas con la mano pidiendo no se turbe ni obstaculice su crisis jovial e indomable. Es necesario que cese espontáneamente, pues nada podría la voluntad, nada las amonestaciones".

Careciendo de causa, la risa loca no tiene fin; Dugas la ha visto producirse al unísono en dos personas, de manera intermitente, pero a intervalos muy próximos,

(34) DUGAS: *Physiologie du rire*, pág. 23 y sigs.
(35) DARWIN: *L'Expression des émotions*, loc. cit.
(36) MICHIELS: *Le monde du comique et du rire*, pág. 170.

durante un día y medio. Estalla por el menor pretexto y no la detienen las razones más poderosas: cuanto mayores son los motivos que la obstan, tanto más fuerte es la necesidad de reir. El sujeto se sofoca, se agotan sus fuerzas, respira un momento y comienza de nuevo; la risa se detiene, por fin, cuando sobreviene el agotamiento completo.

Desde el punto de vista subjetivo, la risa loca determina un estado ambiguo, a la vez penoso y agradable; "celui qui n'a pas èté, á quinze ans, secouè par le fou rire, sous un grèle de pensums, ignore une voluptè" — dice Anatole France (37). Y Michiels, en el libro ya citado, se atreve a sentenciar: "Después de los espasmos del amor, la risa loca es la más violenta de las emociones agradables".

Por la descripción que acabamos de sintetizar, por su doble carácter irresistible e inextinguible, por los fenómenos de motilidad general que lo acompañan, el paroxismo de risa loca se confunde fácilmente con la risa histérica en forma paroxística.

Los caracteres intrínsecos de ambos paroxismos no bastarían, en ciertos casos, para diferenciar al uno del otro; debería recurrirse al examen de los caracteres extrínsecos: estudio de los antecedentes e investigación de otros síntomas o estigmas reveladores de la histeria

En nuestra enferma el diagnóstico fué fácil. De él se dedujo la indicación del doble tratamiento general para la histeria (régimen, laxantes, hidroterapia tibia), y particular, para los accidentes de risa paroxística (sugestión verbal en vigilia y sugestión hipnótica).

La primera sesión de hipnotismo tuvo discreto éxito; la enferma entró en hipnosis poco profunda, con pérdida parcial de conciencia y conservación vaga de re-

(37) A. France: *Le livre de mon ami.*

cuerdos; se le hicieron sugestiones verbales, asegurándole que no tendría más ataques.

Un mes después de comenzado ese tratamiento la enferma sufrió en presencia nuestra uno de sus accesos paroxísticos.

## VI. — Caracteres de la risa histérica paroxística.

Mientras su madre nos refería algunos datos sobre el curso del padecimiento, la enferma comenzó a respirar con profundidad progresiva, oyéndose distintamente el ruido inspiratorio y expiratorio. Después de diez o doce movimientos torácicos, la fisonomía de la enferma asumió una expresión marcadamente risueña; su cabeza permanecía inmóvil y sus ojos miraban un punto fijo del ambiente, con expresión extraviada. La sonrisa de la enferma acentuóse a medida que los movimientos respiratorios se intensificaron: en ménos de un minuto la enferma entreabrió la boca y comenzó a emitir notas breves y suaves, apenas perceptibles, acompañadas de movimientos oscilatorios de la cabeza, como suelen ejecutar los directores de orquesta marcando el tiempo. Progresivamente las notas aumentaron de tono e intensidad, modificándose poco su ritmo y constituyendo una verdadera escala melódica compuesta por frases sucesivas, acendentes y descendentes. El paroxismo de risa llegó a su acmé en dos minutos, declinando poco a poco, por lisis en treinta segundos, más o menos.

El carácter de la risa fué francamente convulsivo, las notas eran emitidas con claridad y discretamente melodizadas. Hubo pérdida total de conciencia y limitación de los fenómenos convulsivos al grupo funcional correspondiente a la risa. La enferma parecía entregada a una risa sonora y desenfrenada. Con los ojos

cerrados, ningún rasgo de la fisonomía revelaba el carácter patológico del paroxismo. Al cesar la risa, la enferma nada recordaba de lo ocurrido, sorprendiéndola el verse rodeada por su madre y por el médico. Sentía alguna lasitud.

## VII. — Tratamiento por la sugestión hipnótica.

La observación personal del paroxismo de risa nos indujo a modificar el tratamiento, ensayando la experimentación clínica en estado hipnótico.

Pocos días después de observar el ataque, hipnotizamos a la enferma, sugiriéndole que la simple presión de las sienes bastaría para provocarle un acceso de risa, el cual cesaría al tomarla de las muñecas; es decir, le sugerimos zonas histerógenas y zonas frenadoras del ataque. Fácil fué producir el ataque y detenerlo, dos veces consecutivas; con ese entrenamiento hicimos la *sugestión terapéutica preventiva,* diciendo a la enferma que al sufrir un ataque, éste cesaría inmediatamente de apretarle las muñecas. Esta sugestión de zonas frenadoras la hemos practicado con buen resultado en otros enfermos que sufrían ataques convulsivos generales, cesando éstos al tocar el punto sugerido.

Despertada la enferma, se le repitieron en vigilia las sugestiones hechas durante la hipnosis, inspirándole confianza acerca de su eficacia.

Los ataques, semanales antes de ponerse en asistencia, hiciéronse menos frecuentes desde que se instituyó el tratamiento. Sufrió uno quince días después de sugerida la zona frenadora; otro dos meses más tarde. En ambos casos la madre de la enferma detuvo inmediatamente el paroxismo con sólo tomar de las muñecas a su hija.

Continuóse por uno o dos meses el tratamiento hipnótico, limitado a dormir la enferma una vez por semana, sin hacerle ninguna sugestión verbal, superflua ya, pues la enferma sabía que la hipnotizaban para curarla. Gracias al tratamiento general, y a un régimen severo, su estado mejoró, desaparecieron las cefalalgias y mareos, quedando reducida a silencio la neurosis.

Ha transcurrido más de un año; no ha sufrido ningún nuevo paroxismo de risa.

# EL HIPO HISTÉRICO

I. Espasmos respiratorios y tics histéricos — II. Causas del hipo histérico; influencia de la imitación; hipo epidémico — III. Clasificación de los tipos clínicos: continuo, remitente, paroxístico — IV. Mecanismo fisiopatológico del hipo histérico — V. Diagnóstico diferencial — VI. Tratamientos diversos y sanación espontánea.

## I. — Espasmos respiratorios y tics histéricos

En 1870 escribía el doctor Eduardo Wilde: "Todo el mundo sabe lo que es el hipo sin necesidad de definirlo; pero ésto que basta para todos, no basta para el médico, que se halla a veces en el caso de combatirlo"; y llegaba a la siguiente definición bastante exacta para su época: "El hipo es un fenómeno nervioso complejo, brusco, involuntario, determinado por la compresión brusca del diafragma, que produce una inspiración incompleta, acompañado de estrechamiento del calibre de la glotis y de un ruido especial en la misma y seguido por una relajación del diafragma y una expiración natural". (1).

Cuando Wilde presentó su hermosa tesis no se tenían, sobre la histeria y sus accidentes, las nociones adquiridas consecutivamente a la enseñanza clínica de Charcot. Sin embargo, Wilde dividía ya los hipos en dos grupos fundamentales: los determinados por causa moral y

(1) Wilde: *El hipo*, Tesis de Buenos Aires, 1870.

los producidos por lesión orgánica; y agregaba: "Entendemos por causas de orden moral aquellas cuyo primer asiento se refiere a fenómenos del pensamiento, de la sensibilidad y de la voluntad".

Digamos "origen psíquico" y estaremos próximos del hipo histérico, tal como actualmente se lo concibe.

Merecen releerse las páginas dedicadas por Wilde a la etiología moral del hipo nervioso; la literatura médica argentina puede honrarse de ellas, recordándolas después de treinta y cinco años.

El hipo histérico fué primitivamente considerado como un "espasmo rítmico respiratorio"; descríbese ahora como un "tic funcional".

Aceptando el nombre que le asignara Briquet (2) en su clásico tratado de la histeria, Pitres (3) clasificó en tres grupos los espasmos rítmicos respiratorios:

1.° — Espasmos respiratorios simples: las sacudidas convulsivas sólo sobrevienen durante la inspiración o la expiración. Los espasmos expiratorios producen fenómenos más o menos semejantes a la tos o al relincho; los inspiratorios producen fenómenos parecidos al hipo o al ronquido.

2.° — Espasmos respiratorios mixtos: los movimientos fisiológicos de inspiración y de expiración se modifican al intervenir las convulsiones (bostezo, estornudo, risa).

3.° — Espasmos respiratorios complicados: las sacudidas convulsivas interesan, a la vez, los músculos respiratorios y fonadores (ruidos inarticulados, palabras claras pronunciadas de una manera convulsiva).

Esta clasificación, no obstante ser puramente descriptiva, no corresponde con exactitud a los hechos observados en la clínica. Charcot (4) en varias ocasiones repite

(2) BRIQUET: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París 1850.
(3) PITRES: *Léçons cliniques sur l'hypnotisme*, 1901.
(4) CHARCOT: *"Maladies du systéme nerveux". Léçons du mardi*, etc.

que los síntomas respiratorios de la histeria pueden dividirse en dos grupos según su carácter inspiratorio o expiratorio.

Formula también una interpretación de todos los "ruidos laríngeos" en consonancia con ese criterio. Los expiratorios se aproximan todos al tipo de la tos; los inspiratorios al hipo.

Pero a causa de una imitación involuntaria, automática — el llamado contagio nervioso, — esos ruidos se parecen frecuentemente a los gritos de diversos animales: ladrido, chillido, maullido, tubaje, gruñido, mugido, cacareo, etc. Para Dejerine (5) el hipo histérico es el tipo de los espasmos respiratorios.

Sin embargo, la designación de Briquet, aceptada por Pitres, Gilles de la Tourette y otros, no es científica, ni responde a las modernas ideas acerca de la patogenia. Hoy se tiende a reemplazar la clasificación de "espasmo" por la de "tic". Antes de mencionar las ideas de Vires, de Meige, de Raymond y de Janet, recordaremos que este accidente histérico no es mencionado en la literatura médica antigua. No obstante conocerse la histeria, el hipo histérico no fué señalado antes de Sydenham; más tarde Boerhave describió la epidemia clínica del hospital de Harlem. En 1737 se observó un hipo epidémico entre las monjas del convento de Monterrey, en España. Pocos años más tarde, en 1757, Raulin refirió el caso de una joven atacada súbitamente de un hipo violento y continuo, al extremo de serle imposible ingerir siquiera un poco dé caldo para alimentarse. Tres mujeres jóvenes, que se hallaban en su misma sala, en el "Hotel Dieu", presentaron síntomas semejantes tres días después de entrar esta enferma al servicio. El hipo y las convulsiones sobrevenían, en las cuatro, simultáneamen-

(5) DEJERINE: en *Pathologie Générale*, de BOUCHARD, vol. V.

te. Raulin, ignorando la verdadera naturaleza de este fenómeno, lo consideraba como un producto de la imaginación.

Briquet fué el primero en clasificarlo entre los espasmos rítmicos respiratorios; Laségue (6) lo incluyó entre las manifestaciones locales de la histeria, junto con la tos, el clavo doloroso, etc., cimentando la concepción de las histerias monosintomáticas, más tarde difundida por la escuela de Charcot. Patrizi le ha consagrado una monografía, ocupándose especialmente de estudiar el mecanismo fisiopatológico del hipo. Desde el punto de vista clínico lo estudió Moreau (7).

Gilles de la Tourette le dedica dos o tres páginas, en el tercer volumen de su clásico libro (8).

Actualmente suele incluirse en el grupo de los "tics" de orígen histérico, por tratarse de un movimiento *funcional y extemporáneo.*

Estos dos caracteres ya habían atraído la atención de Charcot: "Los movimientos convulsivos llamados tics, por complejos y bizarros que parezcan, no son siempre incoordinados y contradictorios, como podría creerse en un examen superficial. Al contrario, suelen ser sistemáticos, pues siempre se producen de igual manera en los mismos sujetos, reproduciendo — exagerándolos — *ciertos movimientos automáticos complejos, de orden fisiológico dirigidos a cierto fin;* en otras palabras, vendrían a ser la caricatura de actos, de gestos naturales. El complejo movimiento del tic no es absurdo en sí mismo; es absurdo, ilógico, porque se produce inoportunamente, sin causa perceptible. Ráscase el sujeto cuando no tiene escozor, guiña el ojo cuando ningún cuerpo extraño mo-

(6) LASÉGUE: *Etudes medicales*, II, 1.
(7) MOREAU: *Contribution a l'etude du Hoquet hystérique*. Thése de París, 1872.
(8) GILLES DE LA TOURETTE *Traité clinique*, etc.

lesta su conjuntiva" (9). Entre las definiciones registradas en los autores contemporáneos, parécenos recomendable la de Vires (10): "Los tics son sindromas que consisten esencialmente en espasmos musculares clónicos, intermitentes, involuntarios, cesando durante el sueño; limitados a uno o varios músculos, o generalizados a todos los músculos de la economía, reproducen o no un movimiento reflejo, voluntario o automático, siendo siempre la expresión de un estado degenerativo y con frecuencia reveladores de la histeria"..

De esa definición se desprende que no todos los tics provienen de la histeria, Meige y Feindel (11), en su magnífica monografía, demuestran que los tics no son un accidente histérico; pero de esa verdad general inducen una afirmación particular, a todas luces inexacta: niegan toda relación entre el tic y la histeria.

El tic, por su misma definición, es un sindroma y no una enfermedad; puede, por ende, provenir de etiologías diversas y observarse en varias enfermedades.

Los accidentes histéricos revisten, en muchísimos casos, el sindroma correspondiente a la definición del tic, y deben englobarse en el mismo grupo semeiológico que abarca las simples contradicciones fibrilares, los tics de los degenerados (12), los tics de forma psicasténica (13), los tics profesionales, la llamada enfermedad de los tics (14) y acaso la misma córea variable de los degenerados (15).

Muchos histéricos — observa Janet, — aún manteniéndose aparentemente en estado normal, sin perder la conciencia, ejecutan con sus miembros, sin quererlo y aún

(9) CHARCOT: *Léçons du mardi*, 1889, pág 461.
(10) VIRES: *Maladies nerveuses*, loc. cit.
(11) MEIGE: *Les tics et son traitement*, París 1903.
(12) MAGNAN.
(13) JANET Y RAYMOND: *Névroses et idées fixes*, vol. II. parte II, cap. III. §. 2
(14) GILLES DE LA TOURETTE: *Archives de Nevrologie*, 1875; *Semaine Médicale*, 1899. etc.
(15) BRISSAUD; *Léçons*, Deuxieme serie, léçon XXVII

sin saberlo, muchos movimientos que están imposibilitados de inhibir o evitar. Si son pequeños y separados por intervalos, se les llama tics; si grandes y frecuentes, córeas; si pequeños y continuos, temblores. — Los tics no son exclusivos de los histéricos; pueden existir en muchas enfermedades mentales más graves, empeorando en estos casos el pronóstico; pero es incontestable su frecuencia en la histeria. Charcot señala tics de la cara en los histéricos, dividiéndolos en espasmos rítmicos y espasmos respiratorios. Pitres describe un gran número de fenómenos del mismo género. Es conocida la hermosa descripción de la tos histérica, hecha por Laségue. Una de las enfermas estudiadas por Janet presentaba un expresivo ejemplo de este tic: durante más de seis meses tosía continuamente, interrumpiéndose tan sólo durante el sueño profundo; su tos era de una regularidad extraordinaria, precediendo una tos fuerte a dos pequeñas, a punto de poderse representar por un dactylo. El hipo, la risa, el sollozo, son demasiado conocidos para demostrar su carácter de espasmos. Pitrès describe fenómenos próximos de los citados, con el nombre de logospasmos coreiformes. En cuanto a los tics del lenguaje, son más numerosos todavía, señalando muchísimos Jolly, en su interesante trabajo sobre la histeria de los niños. Por fin, el citado Janet cuando ve adoptar a una de sus enfermas una expresión bizarra absurda, y, a su pesar, interrumpir a cada instante la conversación para gritar ciertas palabras bien determinadas, cree que esa mala costumbre debe ser asimilada a un verdadero tic del lenguaje (16). Entre los "tics de forma histérica" describen Janet y Raymond (17) algunos casos de risa, temblores, córeas, hipo, eructos, coprolalias, etc.

(16) JANET: *Etat mental des hystériques'* cap. II, § pág. 92.
(17) JANET Y RAYMOND: *Névroses et idées fixes* vol. II, parte II, cap. III, § 1.

En suma, recordando las palabras citadas de Charcot y la definición de Vires, y con el precedente sentado por Janet y Raymond podemos creer que el hipo histérico debe considerarse como un tic, por realizar un sindroma provisto de este doble carácter, sistemático y extemporáneo

## II. — Causas del hipo histérico; influencia de la imitación; hipo epidémico

En febrero de 1903 concurrió a la clínica neuropatológica del hospital San Roque, una joven de quince años, soltera, nacida en Rusia; aprende el oficio de modista; es de raza judía, lee y escribe con dificultad, su hábito de vida es normal, su constitución física excelente y satisfactorio el estado de nutrición.

*Sus antecedentes hereditarios* no los conocemos bien; la enferma y su familia no hablan más que el dialecto nativo; en español o alemán no consiguen hilvanar una conversación. Por motivos étnicos puede suponerse, sin afirmarlo, que hay herencia neuropática; en estos últimos años se ha llamado, en efecto, la atención sobre la frecuencia de las neurosis y psicosis entre los judíos.

*Los antecedentes individuales* limítanse a pocas enfermedades propias de la primera infancia y la adolescencia, sin datos especiales para su enfermedad actual. Solamente después de los diez años ha sufrido cefalalgias fronto-temporales; pero no refiere haber tenido ataques convulsivos, mareos, sensaciones de sofocación, etc. Sus menstruaciones aparecieron hace un año, sin trastornos llamativos; han seguido con periodicidad, sin fenómenos dolorosos y en cantidad normal.

*Su enfermedad actual* comenzó en septiembre de 1902. Trabajaba en un taller de modista, en condiciones higié-

nicas regulares. Cerca de ella tenía asiento otra joven, que desde algún tiempo padecía de hipo continuo. Nuestra enferma comenzó a preocuparse por la enfermedad de su vecina, a punto de pensar continuamente en la posibilidad de sufrir lo mismo. Una mañana la enferma despertó presa de un hipo semejante al de su vecina, con caracteres análogos a los de su modelo.

Desde esa fecha sufre continuamente su tic, sin más interrupciones que durante el sueño.

Molestada vivamente por su afección, incómoda no obstante ser indolora, decidió requerir asistencia médica. Concurrió al Hospital de Clínicas, donde fué examinada en la sala V; se le prescribió una medicación antiespasmódica que no dió ningún resultado. Cansada de ese tratamiento concurrió a la Asistencia Pública, donde el doctor Cremona ensayó, también ineficazmente, las tracciones rítmicas de la lengua.

Perdióse de vista algún tiempo. En el mes de febrero de 1903, concurrió de nuevo al consultorio central de la Asistencia Pública siendo examinada por el doctor Casarino, quien después de diagnosticar la enfermedad remitió la enferma a nuestra clínica. Examinamos a la paciente, diagnosticándole, desde el primer momento, hipo histérico.

El estado general de la enferma era bueno, su estado psíquico satisfactorio; no revelaba mucha desesperación por su incómodo hipo. pues no le causaba dolor alguno.

No se observaron caracteres morfológicos degenerativos dignos de mencionarse. Sus aparatos circulatorio, digestivo, respiratorio, génito-urinario y secretorios funcionan normalmente.

En el sistema nervioso se constatan signos de histeria, confirmando el diagnóstico hecho por la simple inspección. Existe hipoestesia faríngea, estrechamiento concéntrico del campo visual para todos los colores, asocián-

dose estos síntomas con jaquecas frontales y fronto-temporales. No tiene zonas anestésicas o hiperestésicas de la piel, ni ovarialgias.

En suma, nos encontramos frente a una histérica que presenta un *tic rítmico,* produciendo el sindroma del *hipo.*

En el desarrollo de este accidente influye de manera muy marcada la *imitación.* Nuestra enferma ha visto otra igual, se preocupó, temió sufrir un trastorno análogo, acabando por sufrirlo tal como aquélla lo tenía.

Dato curioso: la madre de esta niña, tres meses después de curada su hija, concurrió al consultorio del Hospital San Roque presentando un hipo histérico irregular, de forma abortiva, imitado de su propia hija. Pero el hecho más probante de la influencia imitativa en su producción, lo tenemos en las epidemias de hipo, como la del convento de Monterrey y las descritas por Raulin, ya citadas.

Moreau, en su tesis mencionada, recuerda el caso, descrito por Savage, de tres niñas que fueron atacadas de hipo tres días después de la llegada de otra enferma, cuyo hipo era continuo. Boerhave cita la epidemia observada en el Hospital de Harlem. Berdach (18) ha referido recientemente la historia de otra epidemia de hipo, desarrollada en una escuela, siendo atacadas diez y seis niñas en el espacio de ocho días, sobre un total de treinta y cinco educandas; la primera enferma presentaba signos claros de histeria y la segunda inició su hipo después de un ataque de convulsiones histero-epileptiformes.

En muchos casos el hipo no resulta de una imitación directa, demostrable. En una enferma nuestra, que ha sufrido diversos accidentes histéricos, aunque no presenta ataques convulsivos, el hipo suele comenzar des-

(18) BERDACH: *"Hipo epidémico", Bulletin medical,* 1897, vol. I.

pués de grandes emociones, iniciándose por bolo histérico, constricción faríngea, dísnea y continuándose por hipo con ritmo acelerado; el accidente suele terminarse cuando se duerme.

Todas las emociones intensas y repentinas pueden provocar este accidente. Moreau narra de una joven a quien le sobrevino consecutivamente al terror producido por un coche que casi la aplastó; en otro caso sigue el hipo a una violenta reprimenda, y en muchos lo provocan las contrariedades amorosas. Raymond y Janet (19) refieren de una niña en quien sobrevino después de un prolongado surmenage, seguido por trastornos digestivos, gran terror y un estado emotivo persistente; primero sobrevinieron vómitos histéricos, luego eructos y por fin hipo del mismo origen.

La menstruación y sus perturbaciones, los traumatismos, las infecciones agudas, etc., pueden también ser factores ocasionales del hipo. Lathould refiere un caso consecutivo a la ablación de una exostosis sub-unguial y Avezou narra de un herido a quien bastaba tocar la pulpa de un dedo para provocarle este accidente. Renzi (20) describe dos casos de hipo sobrevenido al declinar una infección de influenza, curando el uno espontáneamente y el otro por sugestión.

En un caso de Weill apareció el hipo durante la convalecencia de una viruela; repetíase cada cinco o diez minutos, por accesos, sin acompañarse de ninguna otra manifestación de la neurosis; desapareció después de tres años, reapareciendo pocos años más tarde, durante la convalecencia de una fiebre tifóidea; en este segundo período el hipo sobrevenía bajo forma de accesos, cuatro o cinco veces por día, acompañándose de crisis de histeria convulsiva y fenómenos de incoordinación motriz

(19) RAYMOND Y JANET: *Névroses et idées fixes*, II, pág. 371.
(20) RENZI: *Riv. Clinica e terapeutica*, Napoli, núm. 2, 1895.

de los miembros inferiores, durante la marcha o la estación de pie.

En rigor puede afirmarse que la *imitación* es la causa más general de este accidente histérico, pero es causa puramente ocasional. En primer término tenemos, como base indispensable, la predisposición neuropática, lo que llama Bernheim la *diátesis histerógena.* En este sentido, el factor hereditario y las demás causas generales no influyen para provocar especialmente el hipo histérico, sino determinado la histeria en general; la predisposición al hipo no difiere de la predisposición a cualquier otro accidente histérico. Los factores ocasionales motivan el estallido del accidente; la *imitación* influye para que se manifieste bajo cierta forma.

## III. — Clasificación de los tipos clínicos: continuo, remitente, paroxístico

El hipo histérico, puede presentarse de tres modos: 1.° Como trastorno monosintomático de la histeria, apareciendo repentinamente en sujetos que no tienen otros síntomas o los presentan poco notables, no conociéndose en ellos ningún antecedente referible a la neurosis. 2.° En ciertos casos el hipo alterna con otros accidentes histéricos, de índole variada; muchas veces los otros síntomas desaparecen en cierto momento, sustituyéndolos el hipo. En un caso de Brachet, las crisis convulsivas fueron reemplazadas durante más de dos años por un hipo excesivamente ruidoso. 3.° Por fin, en un tercer grupo de enfermos el hipo coexiste con otros accidentes respiratorios: tos, eructos, vómitos, etc.

Como caso del primer grupo podemos citar el descrito en nuestra primera observación: la enferma jamás había sufrido ningún fenómeno que la hiciera sospechar

afecta de histerismo, y a no mediar la imitación de otra enferma no habría presentado ese accidente. Pertenece al segundo grupo nuestra otra enferma, pues ha presentado accesos de risa, accidentes mentales leves, crisis de pequeña histeria, vahidos, mareos, aura esofágica, etc. sus crisis de hipo alternan con esos fenómenos. Caso típico del grupo tercero es el estudiado por Raymond y Janet, en el cual coexistían hipos inspiratorios y eructos expiratorios, combinados también con involuntarios esfuerzos de vómitos; más adelante recordaremos la combinación de sus diversos mecanismos fisiopatológicos.

Los caracteres intrínsecos del hipo histérico son muy variables. Clínicamente distinguimos tres tipos principales: continuo, remitente y accesual.

1.° Se caracteriza por la uniformidad de ritmo y de intensidad con que se suceden las contracciones diafragmáticas. En esos casos no deja al enfermo ningún instante de calma, citándose ejemplos de hipo impidiendo el sueño, postrando a los pacientes. Así en el caso de Beurman (21) un hipo violento suprimió el reposo nocturno del enfermo, impidiéndole tomar alimentos. En otro caso, descrito por Carosi (22), un hipo en extremo fuerte y frecuente, impedía el sueño; los tratamientos médicos fracasaron; se observó una intensa ovarialgia asociada con matitez a la percusión de los ovarios, por cuyo motivo el autor practicó una laparotomía: extrajo los dos ovarios con degeneración fibroquística avanzada.

Conviene advertir que los casos en que el sueño es imposible, son muy excepcionales; lo frecuente es que el hipo sea uniforme y continuo en vigilia, pero cesa durante el sueño, sin perturbarlo en lo más mínimo.

2.° En el hipo remitente, la frecuencia o intensidad se atenúan en determinadas circunstancias, aunque no

(21) Citado por MOREAU.
(22) CAROSI: *"Un caso di singhiozzo isterico"*, etc.—*Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche*, 1899.

cesa por completo. Siendo los accidentes histéricos el resultado de un trastorno psíquico, las causas psíquicas pueden actuar sobre su ritmo e intensidad; todo lo que obligue al sujeto a "derivar" su atención, un trabajo cuidadoso, una conversación interesante, un espectáculo inesperado, una emoción, etc., pueden provocar remitencias o exacerbaciones del hipo.

El caso que analizamos corresponde a ese tipo clínico. Mientras la enferma está despierta, el hipo es constante; cesa en el momento mismo de dormir. Aunque continuo, el hipo es remitente con relación a su intensidad; no lo es respecto de su ritmo, pues coincide regularmente con los movimientos respiratorios. Esas remisiones de intensidad obsérvanse bajo la acción de influencias psíquicas que actúan distrayendo a la enferma; cuando conversa de temas interesantes, el hipo se atetúa, ocurriendo lo mismo durante las comidas o cuando su atención es distraída de su tic respiratorio.

El número de hipos varía de diez y seis a veinte por minuto. Generalmente coincide con el fin de la inspiración, como veremos.

3.° En el tipo accesual o paroxístico, se presenta con carácter episódico, separada una crisis de otra por intermitencias más o menos largas, de completo reposo. Entre ambos accesos de hipo pueden o no producirse otros accidentes histéricos, según se trate de una forma monosintomática o alternada con síntomas diversos.

En una enferma de Pitres (23) el acceso de hipo sólo aparecería después de la ingestión de los alimentos, durando entre dos y cuatro horas, según el volumen de alimentos ingeridos, acompañándose de timpanismo abdominal. Briquet conocía ya ese tipo clínico: "En ciertos histéricos puede el hipo durar meses y años,

(23) PITRES: *Léçons cliniques sur "Hystérie et l'hypnotisme*, vol. I, pág. 342.

pero entonces es intermitente y sólo aparece de vez en cuando'' (24). Generalmente los accesos duran pocos minutos; rara vez llegan a una hora. El número de contracciones espasmódicas que componen el acceso varía en cada enfermo, y también en un mismo sujeto, subordinándose a numerosas causas mesológicas y psíquicas. El número de accesos y el tiempo que los separa es variable.

En ciertos casos el acceso es único; otras veces son varios, separados entre sí por diez o viente minutos; en algunos sujetos pasan horas, y aun días, entre una y otra crisis.

Como ya hemos dicho, los accesos de hipo pueden alternarse con otros accidentes histéricos. Charcot (25) refiere un caso de asociación con bostezo; Weill (26) publicó la historia de una enferma de astasia-abasia de tipo coreiforme, en la cual sobrevino durante la convalecencia de una viruela un hipo convulsivo ''bigeminado'', realizándose por dobles sacudidas apareadas, persistiendo más de tres meses, sin acompañarse de ninguna otra manifestación nerviosa. En el caso de Raymond y Janet (27) asociábase el hipo a eructos y vómitos histéricos, con esta peculiaridad: de cuando en cuando, aun despierta, ya sea espontáneamente, ya bajo la influencia de sugestiones, desaparecían los eructos y el hipo durante dos o tres horas, pero conservaba la más completa afonía: es un caso de hipo y mutismo alternativos. Otras veces, por fin, el hipo tiene mal definida su modalidad funcional, confundiéndose

(24) BRIQUET: *Ob. cit.*, pág. 325.
(25) CHARCOT: *Léçons du mardi, première léçon*, 1888.
(26) WEILL: *Astasie-Abasie a type choréique*'', *Archives de Nevrologie*, Enero, 1892.
(27) Ob. cit

con el sollozo, como en el caso descripto por Stockon (28).

Los otros dos casos que hemos observado pueden referirse a la forma clínica accesual o paroxística. En la joven de nuestra clínica privada los accesos de hipo sobrevenían por crisis, consecutivamente a emociones intensas, separadas una de otra por horas, días o meses, según el caso. En la madre de la niña rusa, mujer de cincuenta y cinco años, con pocos antecedentes histéricos, el hipo aparecía irregularmente, duraba un momento, intenso o leve, según los casos, y más que todo, según la preocupación de la enferma.

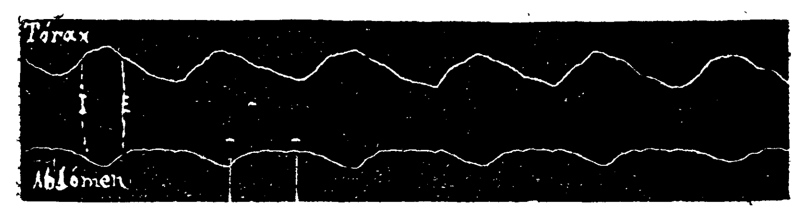
## IV. — Mecanismo fisiopatológico del hipo histérico

El estudio fisiopatológico del hipo histérico ha sido objeto de raras investigaciones, distinguiéndose las de Raymond y Janet por su carácter experimental y su criterio psicológico. Esos colegas no arriban a conclusiones definitivas y generales, por tratarse de un caso particular de hipo combinado con otros accidentes histéricos respiratorios; conviene, pues, referir los resultados de nuestras investigaciones psicológicas y experimentales realizadas mediante la sugestión hipnótica, con la cooperación del doctor Valentín de Grandis, jefe del laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina. Algunos de éstos fueron ya publicados por el doctor Jorge Augarde, que utilizó el presente caso como tema de su tesis universitaria (29).

(28) Stockon: *"Le hoquet ou sanglot hystérique"*—Analizado en el *Lyon Medical*, 1893, pág. 556.
(29) Jorge Augarde: *Hipo histérico* Tesis, Buenos Aires, 1903.

Los dos trazados adjuntos corresponden:

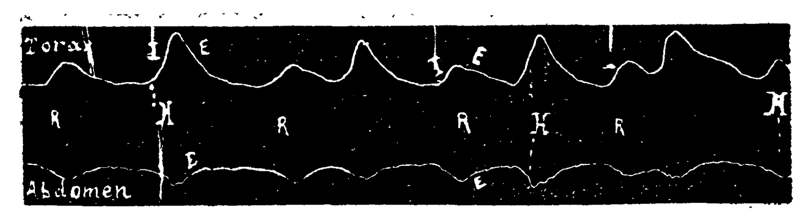
1.—Movimientos respiratorios durante el sueño hipnótico, sin hipo. La curva superior expresa los movimientos del tórax; la curva inferior, los movimientos del abdomen. En I, momento de la inspiración; en E, momento de la expiración.




No. 1. — Movimientos respiratorios del tórax y abdomen durante el sueño hipnótico; sin hipo. I: inspiración; E: expiración.

2.—Movimientos respiratorios en vigilia, con hipo. La curva superior, tórax; la curva inferior, abdómen. En R, movimientos respiratorios, sin hipo; en H, hipo. (I, inspiración; E, expiración).

Puede observarse en el trazado 2 que el hipo no coincide siempre con la inspiración, como sostuvo Moreau y otros neurólogos, que se limitaron a repetir su afirmación. Algunas veces el hipo interrumpe la expiración. Otras veces no hay hipo en la inspiración, ni en la expiración.




No. 2. — Movimientos del tórax y abdomen en el estado de vigilia. Las curvas R corresponden a una respiración normal sin hipo; las señaladas con una H corresponden a un hipo. I: ispiración; E: expiración.

En el hipo histérico encontramos los siguientes factores constitutivos, cuyas perturbaciones conviene estudiar detenidamente.

Contracción espasmódica del diafragma, inspiración rápida y sacudida incompleta de las paredes torácica y abdominal; acompaña a esa contracción del diafragma un ruido laríngeo, sonoro e inarticulado. A estos distintos actos, constitutivos del hipo, suceden una relajación del diafragma y una expiración normales.

La contracción del diafragma, que se efectúa de manera lenta y progresiva en la respiración normal, es en este caso brusca e involuntaria, provocando el rechazo violento de los órganos contenidos en la parte superior del abdomen, transmitiéndose a la pared abdominal y produciendo su sacudida, como también de la pared torácica, debida a la penetración brusca del aire, determinada por esta contracción. En efecto, en el trazado núm. 2, la línea de ascenso I (correspondiente a la expansión *inspiratoria* del tórax) es casi vertical; en cambio, en la inspiración normal, esta línea es mucho más inclinada, llegando a su máximum de manera gradual y progresiva, como se comprueba en el trazado núm. 1.

Existe, por consiguiente, una disociación entre el fenómeno patológico *hipo* y el fenómeno fisiológico *respiración*. En otras palabras, *el ritmo del hipo es independiente del ritmo respiratorio.*

Sin embargo, en general, las contracciones del diafragma, aisladamente consideradas, tienden a producirse con un ritmo concordante con el propio de los movimientos respiratorios. Ese hecho se observa en los enfermos de hipo continuo o remitente; en nuestro caso de accesos de hipo, en forma paroxística, el ritmo rápido del hipo se adaptaba también a la precipitación disneica del ritmo respiratorio. Pero este hecho no depende de nin-

guna circunstancia fisiológica inherente al tic mismo; es un fenómeno de adaptación funcional inconsciente, por el cual la histérica acomoda el hipo a su respiración, siguiendo la tendencia natural que lleva a ejercer las funciones con el menor esfuerzo posible. Pero si hacemos modificar por cualquier procedimiento el ritmo respiratorio, acelerándolo o retardándolo, *el hipo y la respiración se disocian;* así se explica que un hipo, generalmente producido en el comienzo de la inspiración, puede producirse en su momento máximo o en su fin, y en ciertos casos coincidir con la expiración.

La experiencia es sencilla. Los movimientos respiratorios pueden ejecutarse voluntariamente, alterando el ritmo propio de su automatismo; el hipo continúa con su ritmo propio, demostrando que la respiración y el hipo se disocian. Lo mismo ocurre suspendiendo los movimientos respiratorios: persiste el hipo y cesa la respiración. Esta experiencia es fácil de repetir, ocluyendo la boca y la nariz de la enferma.

Tenemos, pues, estos hechos claramente demostrados:

1.° El centro funcional del hipo es independiente de los centros de los movimientos respiratorios de la corteza cerebral (respiración voluntaria.)

2°. El centro funcional del hipo puede adaptar su ritmo al ritmo de los centros respiratorios del bulbo (respiración automática).

3.° El ritmo del centro funcional del hipo es automático y ajeno a la voluntad.

La experimentación clínica, mediante el hipnotismo, permite avanzar en el estudio fisiopatológico del hipo histérico.

En su primera visita en el consultorio externo, nuestra enferma fué hipnotizada; parecía imposible dormirla; por el método de la fijación ocular la enferma resistió más de quince minutos. Se apeló entonces al método de

fijación de un cuerpo brillante, un alfiler de corbata en este caso; en tres minutos la enferma durmió, desapareciendo el hipo después de dos o tres movimientos respiratorios, quedando la enferma sumida en sueño completamente tranquilo; la desaparición del hipo confirmó dos cosas:

1.ª — El sueño hipnótico era real y profundo.

2.ª — El hipo sólo podía ser histérico, pues una de las características de los accidentes respiratorios de origen histérico es desaparecer durante el sueño, sea éste natural o hipnótico.

Al despertar reapareció el hipo, sin que la hipnosis hubiese influído sobre sus manifestaciones.

Ese resultado de la hipnosis invierte, aparentemente, la disociación obtenida por la arritmia respiratoria voluntaria; cesan las contracciones automáticas del hipo, persistiendo los movimientos respiratorios automáticos.

He aquí nuestra explicación fisiopatológica de esas dos formas disociativas de los movimientos respiratorios, voluntarios y automáticos:

1.° — Los movimientos respiratorios *voluntarios* son propios del *psiquismo superior,* corticales.

2.° — Los movimientos del diafragma durante el hipo son propios del *psiquismo inferior* o *automatismo superior,* subcorticales.

3.° — Los movimientos respiratorios *automáticos* son propios del *automatismo inferior,* bulbares.

*Habitualmente.* — El hipo histérico adapta su ritmo al de la respiración automática. *La actividad subcortical concuerda con la actividad bulbar.* El psiquismo superior no funciona; el automatismo superior es sinérgico con el inferior.

*Disociación voluntaria.* — El psiquismo superior reemplaza al automatismo inferior en la dirección de los movimientos respiratorios. La actividad subcortical con-

serva su ritmo automático, no obstante las arritmias voluntarias de la respiración.

*Disociación en el sueño y la hipnosis.* — El ritmo de los movimientos respiratorios depende del automatismo inferior, de la actividad bulbar. El psiquismo superior y el psiquismo inferior no funcionan; el hipo está suspendido mientras el psiquismo duerme.

Las disociaciones del psiquismo y del automatismo, que acabamos de analizar, se corroboran indirectamente por los resultados negativos de algunos tratamientos que se proponen combatir el hipo alterando el ritmo respiratorio automático: todas las formas de respiración artificial. Las "tracciones de la lengua", ya se las practique a mano o con el tractor rítmico de Laborde; las inspiraciones profundas, sean voluntarias o por maniobras mecánicas; la aceleración, el retardo y la suspensión misma de los movimientos respiratorios, sólo consiguen modificar a éstos, sin alterar el ritmo propio del hipo histérico. (Cuando esos procedimientos dan buenos resultados terapéuticos, la maniobra mecánica actúa por sugestión).

¿Dónde localizaremos el centro funcional del hipo histérico? Toda contracción muscular puede localizarse en los músculos, en los nervios, en la médula, en el bulbo o en la corteza.

Pero estamos en presencia de un tic histérico, movimiento caracterizado por ciertos rasgos especiales que excluyen todas esas localizaciones, menos una.

Un sindroma funcional no puede localizarse en los músculos ni en los nervios.

En la médula sólo hay movimientos reflejos inferiores, incapaces de presidir un sindroma funcional complejo, como es el hipo; esas funciones pertenecen a la actividad refleja superior o automatismo inferior (bulbo),

a la actividad psíquica inferior o automatismo superior y a la actividad psíquica superior.

Los movimientos propios del automatismo bulbar no cesan durante el sueño; luego el hipo histérico no es bulbar.

La actividad psíquica superior es voluntaria; el hipo histérico es ajeno a la voluntad. Luego no es un modo de funcionamiento del psiquismo superior.

Siendo independiente de la voluntad (condición propia del automatismo superior), cesa durante el sueño (condición propia del psiquismo inferior). Luego es un acto sistematizado subcortical.

En suma, por el estudio de su mecanismo fisiopatológico, podemos definirlo como sigue: *Es un tic histérico del aparato respiratorio, que exterioriza la actividad propia del psiquismo inferior, realizando el sindroma funcional correspondiente al hipo.*

## V. — Diagnóstico diferencial

Algunos caracteres intrínsecos inclinan hacia el diagnóstico de hipo histérico, ante un caso como el que examinamos: es monosintomático, con ritmo regular, cesa durante el sueño, se modifica bajo influencias psíquicas, su actividad puede ser disociada de los movimientos respiratorios. Los caracteres extrínsecos, propios de la histeria en general y no del accidente en particular, suelen ser escasos.

Contribuirán al diagnóstico los caracteres negativos, eliminando las demás afecciones que podrían determinar el hipo. Han sido enumeradas por Augarde (30): aftas, abscesos retrofaríngeos, tumores bucales o linguales, afecciones esofágicas, enfermedades del estó-

(30) Augarde: *Tesis citada.*

mago, dispepsias, hernia estrangulada, oclusión intestinal, derrames peritoneales, peritonitis, enfermedades hepáticas, esplénicas, nefríticas, cálculos vesicales, cistitis, lesiones prostáticas, embarazo, enfermedades uterinas, pleuresia diafragmática, neuralgia del frénico, aneurisma aórtico, pericarditis, intoxicaciones generales, afecciones miníngeas y cerebrales, lesiones bulbares y protuberanciales, otras neurosis, paramioclonus, etc. Augarde, con buen sentido clínico, se detiene en el diagnóstico entre el hipo histérico y la enfermedad de los tics, extractando de Charcot las consideraciones que a continuación resumimos, en las que se refleja el espíritu clínico del maestro de la Salpétriere.

Existe una enfermedad que debe evitarse confundir con la histeria: sobre su diagnóstico con esta última neurosis conviene insistir: es *la enfermedad de los tics convulsivos*. El tic convulsivo del diafragma puede ser acompañado por un ruido laríngeo, asemejándose al que coexiste con ciertas manifestaciones histéricas, como la tos y el hipo, por su aspecto exterior, por su carácter involuntario, por su repetición bajo forma de accesos: pero se diferencian, en cambio, por otros caracteres. El hipo histérico comienza, en general, bruscamente; y después de haber resistido un tiempo más o menos largo a todo tratamiento, súbitamente, bajo la influencia de una causa exterior banal, de una emoción, de un ataque, desaparece sin dejar rastros. Además, en estos casos, llama la atención la tolerancia de los enfermos y aun su completa indiferencia, física y moral, ante estos fenómenos, al parecer tan penosos. Un enfermo de esta naturaleza que intente detener su hipo, verá con indiferencia el resultado infructuoso de sus esfuerzos; nunca experimentará la ansiedad que resiente en las mismas circunstancias el sujeto afectado de tic convulsivo.

El ruido laríngeo de los histéricos no es articulado; la enfermedad de los tics casi siempre se traduce por palabras articuladas, escapando a la voluntad del sujeto, que muchas veces quisiera detenerlas. Estas exclamaciones articuladas son de dos clases: en primer lugar las que constituyen el curioso fenómeno denominado *ecolalia*, el cual se observa en los tics junto con otro género de exclamaciones denominado *coprolalia*, palabra que exterioriza bien la idea que ella envuelve, consistiendo en la repetición de palabras obscenas, emitidas involuntariamente, arrepintiéndose el enfermo de haberlas pronunciado. Podría creerse que se trata de personas mal educadas. Sin embargo, no sucede siempre así, pues se han observado ejemplos bien manifiestos en personas de la mejor cultura. Charcot, al citar un ejemplo, dice textualmente: "La marquesa de Dampierre, cuyo nombre cito porque es clásico, tenía esa misma afección desagradable, que no la abandonó durante su larga vida de noventa años; su observación ha sido tomada por Itard, que hizo de ella una histérica. Siendo niña aún profería ya, a pesar suyo, el vocablo de Cambronne, aun en las circunstancias más solemnes. No se trataba de histeria, sino de un tic. Nunca, en efecto, se observa eso en la histeria; se trata en este caso de una neurosis muy distinta, de lo cual podréis convenceros por los interesantes trabajos realizados al respecto por Gilles de la Tourette y publicados en la *Revue de Médecine*. Estos enfermos son muy desgraciados, pues su afección les acarrea, a menudo, incidentes desagradables. Un pobre muchacho que tenía esta afección y concurría regularmente al hospicio de la Salpétriere, se detuvo un día en la plaza del mismo nombre para contemplar a los niños de su edad que jugaban a las bolitas; todo anduvo bien por un momento, hasta que repentinamente soltó su palabra; los chicos, dándose por aludidos, se arrojaron sobre el pobre copro-

lálico y le propinaron, con gran estupefacción suya, un correctivo esmerado''.

La dificultad de un diagnóstico será mayor cuando la histeria revista el aspecto de la enfermedad de los tics, tanto más cuanto que esta última afección puede ser producida por una emoción más o menos intensa, un traumatismo cualquiera, y sobre todo la imitación, causas que se encuentran igualmente en la etiología del hipo histérico; la importancia de este diagnóstico es, sin embargo, considerable, pues cada una de esas afecciones implica un pronóstico bien diferente: los histéricos pueden curar, los otros nunca, según Charcot, y muy rara vez según los autores más optimistas. En favor de la histeria se tendrá la presencia de la anestesia sensitivo-sensorial, zonas histerogéneas, estrechez del campo visual, etcétera. Por su parte, el tic es un trastorno *psicomotor*, que bajo diversos aspectos puede ser asimilado y compararse a una *impulsión* y especialmente a una *obsesión impulsiva*, existiendo como en ésta un deseo, una necesidad, a menudo angustiosa, de ejecutar el acto anormal, seguida de un sentimiento de satisfacción consecutivo a la ejecución de dicho acto.

Por último, queda el diagnóstico cuando coexisten ambas afecciones en un mismo enfermo, es decir, ante un sujeto histérico atacado de verdadera enfermedad de los tics. Se comprende cuán erizado de obstáculos se presentará el diagnóstico en estos casos. En el estado actual de los conocimientos, y en presencia de un caso en que haya movimientos involuntarios idénticos a los tics, asociados a estigmas o accidentes histéricos, la evolución de estos movimientos permitirá establecer un diagnóstico. Si ceden es porque son de naturaleza histérica; si resisten indefinidamente, se tratará de la asociación de estas dos neurosis en un mismo individuo: histeria y enfermedad de los tics convulsivos.

No deberá descuidarse el ensayo de la sugestión hipnótica como recurso útil en el diagnóstico, pues el valor experimental de las disociaciones obtenidas por su intermedio es muy grande, decisivo.

### VI. — Tratamientos diversos y sanación espontánea.

El hipo histérico goza, entre todos los accidentes histéricos, merecida fama de rebeldía terapéutica. Los procedimientos empíricos generalmente adoptados suelen fracasar; sus pocos éxitos son obtenidos por "autosugestión terapéutica" de los enfermos, la eterna *foi qui guerit* de Charcot.

Sollier (31), consecuente con su teoría, justifica todas las maniobras mecánicas, considerándolas propicias al despertamiento de los centros cerebrales dormidos. En este "espasmo" respiratorio recomienda oponerse mecánicamente a su producción: comprimir lateralmente la laringe, inmovilizar las falsas costillas y el diafragma durante un tiempo suficiente, tracciones de la lengua "continuas y no ritmadas", oclusión momentánea de las vías respiratorias, de manera a provocar una profunda inspiración compensadora que rompa el espasmo, etc. La paralización de la laringe o del diafragma puede también prestar servicios cuando el espasmo se produce de una manera periódica y rítmica.

En vista de la resistencia de este espasmo a todo tratamiento, algunos han ideado sustituirlo por *ataques de histeria provocados,* transformándolo así en otra forma menos rebelde. Este tratamiento fué propuesto por Pitres y por Charcot, el cual consideraba ventajoso, si fuera posible, favorecer la aparición de los ataques convulsivos con el objeto de desviar el curso de la neurosis

(31) Sollier: *L'Hystérie et son traitement,* pág. 263.

y hacerla, en conjunto, más accesible a los medios terapéuticos.

*Las tracciones rítmicas de la lengua* han sido propuestas por Lépine en una comunicación del año 1896, en la que exponía un caso de hipo persistente en una joven no histérica; habiendo observado al examinar la lengua de la enferma que el hipo cesaba mientras la lengua era mantenida fuera, aconsejó a la paciente ejecutar durante cierto tiempo, y de una manera rítmica, estos movimientos de proyección hacia adelante. La curación fué rápida y completa.

En la literatura médica argentina encontramos la observación de un caso de hipo incoercible curado por las tracciones de la lengua (32). Se trataba de una joven de catorce años, de temperamento nervioso, que padecía, desde ocho días antes, de un hipo continuo, el cual se repetía cada 15 o 30 segundos, y que la molestaba considerablemente, hasta el extremo de dificultar la alimentación. Sólo cesaba durante el sueño; el decúbito abdominal era la única posición que permitía una tregua a su padecimiento. Después de tentar inútilmente diversos tratamientos, resolvió emplear las tracciones rítmicas de la lengua; estas tracciones despertaron algún dolor en un principio, pero fueron pronto bien toleradas; en seguida dejó la lengua en tracción moderada durante dos minutos, al cabo de cuyo tiempo abandonó la lengua; con gran sorpresa, dice, observó la desaparición completa del fenómeno; la curación se mantenía hasta cuatro días después, cuando volvió a ver a la enferma. "Este hecho contradictorio, al parecer, con la explicación del modo de actuar de las tracciones, cuando se desea excitar el centro respiratorio en la muerte aparente, es atribuído por Lépine al diverso estado de los centros nerviosos en el momento en que

(32) J. ALBA CARRERAS: *Anales del Círculo Médico Argentino*, 1897.

llega a ellos la excitación producida por las tracciones, fundándose en los resultados obtenidos en sus experimentos, excitando al cabo periférico del ciático de una rana. Ha podido comprobar que si el miembro tenía una temperatura normal, la excitación del nervio la enfriaba, y viceversa, lo que significa que si el centro está deprimido, lo despierta, y si está exaltado, lo modera hasta inhibirlo. De modo que las tracciones son, en el caso presente, inhibidoras del centro espinal de donde emerge el nervio frénico, cuya "neurosis", si así puede llamarse, constituye el fenómeno del hipo incoercible."

Por las consideraciones generales expuestas acerca de la patogenia de los accidentes histéricos, y por nuestro concepto propio sobre el mecanismo fisiológico del hipo histérico, creemos que este procedimiento físico, y los demás, obran por sugestión: una verdadera mecanoterapia sugestiva. Tratándose de sujetos cuya enfermedad es puramente psíquica, los agentes empleados no pueden tener ninguna acción directa; si algún efecto producen es obrando *por sugestión indirecta*, es decir, determinando en el enfermo una *autosugestión terapéutica.*

En nuestra enferma, una vez confirmado el diagnóstico, formulándose un pronóstico benigno, se pensó en el tratamiento:

1.°, mejorar el estado general de la enferma; 2.°, aislamiento o cambio de ambiente; 3.°, recursos especiales; 4.°, sugestión.

1.° Para llenar la primera indicación prescribiéronse tónicos, higiene general, régimen alimenticio, regularización de las funciones digestivas, etc.

2.° Para llenar la segunda indicación—esencial en los accidentes histéricos — se hizo ingresar la enferma a la sala XI del Hospital San Roque, servicio del doctor Revilla; permaneció allí pocos días, pues la familia, de-

jándose llevar por prejuicios demasiado comunes, se empeñó en asistirla en su domicilio.

3.º Entre los recursos especiales indicados por los diversos autores que trataron este tema, nada quedó por ensayar. Se le practicaron, varias veces, tracciones rítmicas de la lengua y respiración artificial modificando el ritmo respiratorio; compresión de los ovarios; compresión del frénico, faradización del frénico y del epigastrio; compresión del neumogástrico; inyecciones de pilocarpina, etc., etc.

Tales ensayos terapéuticos solamente fueron consentidos por nosotros al doctor Augarde — que escribió su tesis sobre este caso — en vista de que podrían influir *por sugestión* sobre el hipo de la enferma. En cuanto a acción fisiológica, es evidente que no podían ejercer ninguna, pues al diagnosticar hipo histérico se localiza el proceso mórbido en la corteza del cerebro, haciendo del hipo un tic funcional.

4.º La cuarta indicación, la sugestión, practicóse con regularidad desde el primer día. Se efectuó de dos maneras: 1.ª, en vigilia; 2.ª, durante el sueño hipnótico.

En vigilia repetíase a la enferma que su dolencia cedería pronto; además, cada vez que se la sometía a alguno de los tratamientos especiales enumerados más arriba, se le afirmaba con insistencia la certidumbre de una breve y fácil curación.

El sueño hipnótico era obtenido en las primeras sesiones por la fijación de un cuerpo brillante; más tarde por la simple compresión de los globos oculares. El sueño se mantenía de dos a cinco minutos. No se le hacía ninguna sugestión verbal, por considerarla innecesaria, pues la enferma, al ser hipnotizada, sabía de antemano que era para curarla.

Como dijimos, la enferma fué objeto de investigaciones experimentales en el Laboratorio de Fisiología de la

Facultad, sin que el aparatoso engranaje que la rodeaba influyera en lo más mínimo sobre su hipo.

La enferma continuó concurriendo a las sesiones de sugestión hipnótica con regularidad, una o dos veces por semana. El 30 de mayo de 1903 despertó sin hipo. Hasta la fecha no tenemos noticia de que haya reaparecido.

¿Curó espontáneamente o por la sugestión hipnótica? Para afirmar lo segundo, debería reconocerse que la acción no fué directa ni rápida.

# EL MUTISMO HISTÉRICO

I. Los trastornos histéricos del lenguaje; la afasia y el mutismo — II. Aparición repentina de la afemia funcional — III. El examen de la enferma — IV. Diagnóstico del mutismo histérico — V. Reeducación de la palabra durante el sueño hipnótico.

## I. — Los trastornos histéricos del lenguaje; la afasia y el mutismo

Todos los trastornos del lenguaje, en sus formas completas, así como en las más delicadas disociaciones, pueden ser expresión de un desorden funcional, de origen histérico.

Los autores clásicos, al estudiar la patología del lenguaje, fijaron principalmente su atención en los sindromas debidos a causas orgánicas; pocos vieron la posibilidad de examinar esas disociaciones en los histéricos, dejando inexplorado uno de los más vastos campos de investigación y contralor que se ofrecía al estudio de esas funciones, harto complejas e interesantes.

Una de sus formas mejor conocidas parece haberse observado desde la más remota antigüedad; basta leer, en Heródoto, la historia del hijo de Creso, verosímilmente interpretable como caso de mutismo histérico. El propio Hipócrates (1) refiere que "la mujer de Polémaco.

(1) Hipp.: Libro V, § 91.

enferma de artritis, sintió un súbito dolor en la cadera, habiéndole faltado las reglas; como bebiera agua de remolacha, quedó sin voz durante toda la noche, hasta el mediodía siguiente; oía, comprendía, indicaba con la mano que su dolor era en la cadera." Y en la historia de las religiones se narra, con frecuencia, de santos y mesías que curaban el mutismo sin remedios, gracias a la sugestión verbal, el contacto de las manos o la misma sugestión hipnótica; fueron, por lo general, casos de mutismo histérico, fácilmente curables por sugestión, contribuyendo a mantener la creencia en el carácter milagroso de ciertas curaciones rápidas e impresionantes.

Es relativamente moderno el estudio científico de los trastornos histéricos del lenguaje. Briquet (2) refiere un caso tratado por Sédillot, de una enferma que permaneció muda y afónica durante doce años, curada por la faradización directa de sus músculos bucales. Revilliod (3), en 1883, publicó un artículo sobre este accidente histérico, aunque sin definir las diferencias entre el mutismo y la simple afonía, atribuyéndolo a una parálisis de los músculos laríngeos. Cupo a Charcot principalmente —y tratándose de la histeria su nombre surge a cada paso — el mérito de trazar las líneas generales de este accidente, en su clásica lección sobre el *mutismo histérico* (4). El director del servicio laringológico, Cartaz (5), publicó una monografía muy completa sobre el mismo tema, analizando veinte observaciones, y proponiéndose principalmente la diferenciación definitiva del mutismo y la afonía. Poco tiempo después apareció otra monografía, publicada en Burdeos por Natier (6), reuniendo y

(2) Briquet: *Traité Clinique.* etc., cit., pág. 715.
(3) Revilliod: "*Du mutisme hystérique*" en Rév. Méd. de la Suis. Romande.
(4) Charcot: *Leçons sur les maladies du Systéme Nerveux,* tomo III, lección XXVII.
(5) Cartaz: "*Du mutisme hystérique*", en *Progrés medical,* Febrero 1886.
(6) Natier: *Contribution a l'étude du mutisme hysterique* Burdeos, 1888.

comentando una estadística de setenta y un casos.

Posteriormente nuevas observaciones y estudios ensancharon el campo de este grupo de sindromas histéricos, determinándose los diversos tipos de afasias histéricas y pudiendo repetirse a su respecto la frase de Raymond sobre las afasias en general: "Así como no hay un lenguaje, no hay una afasia; hay tantas variedades de afasia como manera de comunicarnos con nuestros semejantes" (7). Tenemos, pues, sordera y ceguera verbal, afemia y agrafia histérica. También podemos encontrar las formas de trastornos correspondientes del lenguaje musical, de origen histérico, correspondiéndonos el honor de la primera publicación sobre *amusias histéricas* (8).

El caso que nos ocupa representa uno de los trastornos del lenguaje más frecuentemente producidos por la histeria, el mutismo, síntoma que define Déjérine: "Es la imposibilidad de articular y emitir un sonido. El mudo es incapaz de hablar, ni siquiera en voz baja; no puede cuchichear. El mutismo importa, pues, la pérdida absoluta de la voz." (9). El mutismo histérico se caracteriza por su carácter completo y total; es la afasia motriz llevada a su límite extremo. Como ya observara Charcot (10), el sordomudo todavía es capaz de emitir gritos, más o menos violentos, pero el histé-

(7) RAYMOND: *Maladies du Systéme Nerveux*, vol. V, lección XXXII.

(8) INGENIEROS, "*Psicopatología del lenguaje musical*", en *Archives de psiquiatría y criminología*, y *Anales del Círculo Médico Argentino*, Buenos Aires, 1902.—Pueden consultarse nuestras publicaciones posteriores sobre ese tema en las siguientes revistas europeas: *Revue de Psychologie normale et pathologique*, París, 1906; *Nouvelle Iconographie de la Salpétriere*, París, 1906; *Revue de Psychiatrie*, París, 1906; *Revue de Phylosophie*, París, 1906; *Annales medico-psychologique*, París 1906; *Atti del V. Congresso Internazionale di Psicologia*, Roma, 1905; *Il Manicomio*, Nocera Inferiore, 1905; *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, Madrid, 1906; *Nuestro Tiempo*, Madrid, 1905; *Gaceta Médica Catalana*, Barcelona, 1906; *Revista Frenopática Española*, Barcelona, 1906; *Archives de l'Anthropologie Criminelle*, Lyon, 1903;; *La Vie Normale*, París, 1906.—Véase también nuestro volumen *Le langage musical et ses troubles hystériques*, editeur Alcan, París, 1906 (Nota de la 2a. edición).

(9) DEJERINE: En la *Pathologie Génerale*, de Bouchard, vol. V., pág 446.

(10) Lección citada.

rico está *afónico* y sólo con grandes dificultades podría llegar a la emisión de leves sonidos roncos. Sin embargo, la afonía no basta para caracterizar y constituir el mutismo histérico; todos los neurólogos y alienistas hemos podido confirmar muchas veces el aserto de Raymond (11): los histéricos afónicos, relativamente frecuentes, consiguen perfectamente hacerse comprender hablando en voz baja, cuchicheando, mientras que los histéricos mudos están imposibilitados para hablar, pues no pueden articular palabras ni imitar la articulación ajena, no obstante conservar la posibilidad de efectuar movimientos simples con la lengua y los labios. En definitiva, el mutismo histérico es una afasia motriz, análoga a la afemia: es una *afemia funcional histérica.*

Algunos autores pretenden atribuir o asociar el mutismo histérico a parálisis laríngeas, como ya intentó Revilliod. Así Marcel y Marinesco (12) admiten tres tipos de mutismo histérico: 1.º, simple, sin perturbaciones laríngeas; 2.º, mutismo con parálisis parciales; 3.º, espasmódico, acompañándose de contracturas de ciertos músculos dilatadores o constrictores de la glotis. Gilles de la Tourette (13) rechaza esa opinión, pues se trata de fenómenos concomitantes; es lógico rechazarla, puesto que en el mutismo no es posible el cuchicheo, para cuya producción es innecesario el funcionamiento de la laringe. Además, según el actual concepto patogénico de los accidentes histéricos, ellos dependen de una disociación de los centros cerebrales que presiden las diversas funciones perturbadas, en cuyo caso los trastornos laríngeos, si los hay, no son causa del mutis-

(11) Lección citada.
(12) MARINESCO: "Un cas de mutisme hystérique", en *Arch. Roum. de Med. et Chir.*, París, 1887.
(13) GILLES DE LA TOURETTE: *Traité*, etc., cit., pág. 165.

mo, sino efectos debidos a su misma causa, o complicaciones.

Puede, en la clínica, observarse como accidente único de la gran neurosis; pero puede también asociarse con otros accidentes: hemiplegia y contractura (14), agrafia y parálisis facial sistematizada (15), o bien combinado con otros trastornos del lenguaje (16), etc. Hemos observado personalmente, en la clínica del hospital San Roque, varios casos de mutismo asociado a hemiplegia; en uno de ellos la hemiplegia era izquierda.

## II. — Aparición repentina de la afemia funcional

Nuestra enferma es una mujer de veintidós años, argentina, de fisonomía simpática, con la expresión de tranquilidad frecuente en ciertas histéricas de tipo deprimido: caras verdaderamente iconográficas. Su padre es sano y vive. Su madre fué siempre nerviosa; sufre vahidos y palpitaciones cuando se disgusta, aunque nunca tuvo ataques convulsivos o pérdidas de conciencia. Es hija única.

Enfermedades propias de la infancia, sin interés especial. A la edad de ocho años sufrió convulsiones durante el sueño, interpretadas por la enferma como efecto de "lombrices": esas convulsiones cesaron a los diez años. La pubertad fué molesta, acompañándose de jaquecas, raquialgias, astenia generalizada, vahidos, mareos. Se desarrolló a los trece años continuándose regularmente sus funciones hasta la fecha, precedido cada período por ligeros accidentes análogos a los indicados.

A la edad de veinte años, durante su noviazgo, sufrió una amaurosis histérica transitoria. Sobrevino repen-

(14) P. Janet.—*Nevroses et Idées Fixes*, vol. II, pág. 446;
(15) Ballet y Sollier, en *Rev de Médécine*, 1893, pág. 832.
(16) Lepine, en *Rev. de Médécine*, 1891, pág. 895.

tinamente, persistió dos semanas y sanó sin tratamiento; la enferma despertó curada el décimo-quinto día de su accidente. Fuera de esos fenómenos, no recuerda ninguna otra manifestación motriz, sensitiva o psíquica, directamente referible a la neurosis.

Casó en Mayo de 1903, y once meses más tarde dió a luz un niño el 28 de Marzo de 1904. El parto fué normal y el niño sano; la enferma dejó la cama cuatro o cinco días más tarde.

Nueve días después del parto, la enferma fué despertada a las siete de la mañana, ofreciéndosele una taza de leche. Tendió las manos para recibirla, mas al hacerlo fuéle imposible articular una sola palabra, intentando en vano comunicarse con la persona que la atendía. Presa de honda desesperación, y más por la fisonomía justamente asombrada de su interlocutora, procuró gritar, emitir cualquier sonido o estridor gutural, sin conseguirlo.

Cayó entonces de espalda en su lecho, volcando la taza sobre las frazadas y prorrumpiendo en una crisis de *llanto mudo,* prolongada por más de media hora. Al esposo de la enferma, que asistía a la escena, llamóle singularmente la atención un hecho, que se apresuró a referirnos: "Lloraba, pero no se sentía; veíamos las muecas y las lágrimas, sin oir ningún grito ni quejido".

Pasada la primera aflicción fué llamado para asistir a la enferma el doctor A. Izquierdo Brown; diagnosticó el caso, prescribiendo bromuro de potasio a la dosis de cuatro a seis gramos diarios, e indicando las reglas de régimen e higiene necesarias en tales ocasiones. Ocho días de bromuro, sólo consiguieron que la enferma emitiera, media docena de veces, los monosílabos "si" y "no", resultado poco halagador, indudablemente. Así lo creyó también el doctor Izquierdo Brown, enviándonos la enferma y un relato de sus antecedentes.

## III. — Examen de la enferma

En buen estado de nutrición, tranquila, adaptada a su caso singularísimo, la enferma no traducía por ningún signo exterior su padecimiento. No intentó hablar; dejó que su esposo refiriese detenidamente lo ocurrido, limitándose a ratificar su relato con mímica medianamente expresiva.

Antes de referir los resultados del examen especial del lenguaje, señalemos algunos datos recogidos en el examen general de sus funciones, especialmente del sistema nervioso.

Caracteres descriptivos normales: euritmia morfológica atrayente. Pelo castaño, nariz ligeramente arremangada, dientes regulares y sanos, oreja normal, miembros bien conformados, busto interesante; sólo el vientre, relajado por el embarazo, se muestra ligeramente abombado y antiestético, contrastando con los erectos senos de primeriza, tensos por la función mamaria recientemente iniciada en ellos. En el aparato circulatorio ningún signo mórbido digno de mención; ha tenido hemorragia postpartum, que la anhemió un poco, prestándole un tono de palidez mate muy apropiado a su situación. Las funciones respiratorias son normales, aunque está completamente suprimida la fonación; diríasela una enferma sin laringe. En el aparato digestivo nada anormal. En el génito urinario los rastros de un parto reciente, evolucionado en condiciones favorables.

En su sistema nervioso. Aumento simétrico de los reflejos tendinosos; tonus muscular normal, motilidad voluntaria y ordenada normal; kinesia apropiada a su sexo, edad y reciente alumbramiento, resistencia normal a la fatiga física; no hay temblores, tics, espasmos ni contracturas. La sensibilidad general, tactil y dolorosa.

revela una *hemihipoestesia y hemihipoalgesia izquierda*, con pérdida del sentido estereognósico y conservación de la sensibilidad térmica y muscular; hay, pues, hemihipoestesia. Anestesia faríngea completa. Gusto y olfato poco educados. Agudeza auditiva normal. Motilidad y reflejos pupilares normales en ambos ojos; percepción visual un poco confusa en las primeras horas de la mañana; la perimetría revela estrechamiento del campo visual y deficiente exactitud en la distinción de los colores compuestos.

Estado mental excelente. Conciencia perfecta de su mutismo, atención sostenida; percepción, memoria, imaginación e ideación normales; voluntad y sentimientos inalterados. La enferma no parecería estarlo, si no se la invitara a hablar o cantar.

El examen del lenguaje en sus tres modos de expresión (mímico, hablado y musical), pone de manifiesto los datos siguientes:

Lenguaje mímico perfectamente conservado. La enferma suple con gestos su impotencia para hablar y consigue hacerse comprender; desarrolla, por ese medio de expresión, más elocuencia que la habitual.

Está completamente suprimida la fonación; la enferma no emite espontáneamente ningún sonido laríngeo, ni puede hacerlo intencionalmente. Oye muy bien las palabras que se le dirigen y las contesta con gestos mímicos; comprende cuanto se le dice, ejecuta diversas órdenes que se le imparten, conoce los objetos nombrados ante ella; no hay, pues, sordera verbal. La enferma practica perfectamente la lectura mental, reconociendo y comprendiendo todas las letras, sílabas, palabras y frases que lee. Digno de señalarse: durante los días en que no ha podido hablar, la enferma se dedicó casi continuamente a la lectura, fuera de sus costumbres poco literarias; lee lo mismo en impresos que en manuscritos fácil-

mente comprensibles, no presentando ningún síntoma de ceguera verbal.

La escritura está bien conservada; de ella se vale la enferma para hacerse comprender cuando quiere expresar ideas abstractas o complicadas, que la mímica no puede traducir; escribe espontáneamente, bajo dictado y copiando de un manuscrito o de un impreso. En suma, no hay sordera ni ceguera verbal y no hay agrafia.

La emisión de la palabra es absolutamente imposible; no hay fonación ni articulación.

No puede repetir las palabras que oye, aunque comprende perfectamente su significado; tampoco puede cuchichear las frases, palabras o sílabas que se la invita a repetir. La lectura en voz alta es imposible, no obstante la lectura mental. Debe señalarse el carácter *completo* de esta afasia motriz y su *localización exclusiva* a esta forma funcional del lenguaje; estos datos tienen gran valor diferencial, como se verá.

Con relación al lenguaje musical observamos lo siguiente. Es una enferma sin instrucción musical, es decir, no ha estudiado música y no ejecuta instrumento alguno; es una "analfabeta musical" y su lenguaje musical sólo puede sufrir dos trastornos: la amusia sensorial verdadera( sordera musical) y la amusia motriz verdadera, así como el lenguaje hablado de los analfabetos sólo tiene dos fases patológicas: la sordera verbal y la afemia. El lenguaje musical de nuestra enferma está disociado correlativamente al lenguaje hablado; oye la música, la reconoce, pudiendo escribir el nombre de la pieza que escucha si ya la conocía, y aún pudiendo escribir la letra de la música que escucha, cuando la conoce. Al mismo tiempo la afasia motriz musical es completa, pues no hay posibilidad de fonación ni articulación de los sonidos; la enferma no puede cantar espontáneamente, ni repetir lo que oye cantar, no obstante reconocerlo per-

fectamente. Hay, pues, "afemia musical", y se presenta con el doble carácter *completo* y *localizado*, característico de la afasia motriz verbal de orígen histérico.

### IV. — Diagnóstico del mutismo histérico

El diagnóstico, en casos como el presente, es sencillo; existen algunos datos característicos para diferenciar las afasias orgánicas de las histéricas, por sus modalidades intrínsecas.

La existencia de síntomas somáticos extrínsecos, reveladores de la histeria, es el mejor elemento de diagnóstico; en nuestro caso encontramos antecedentes de pequeña histeria, una amaurosis transitoria cuya evolución es espontánea, anestesia faríngea, estrechamiento del campo visual, hemihipoestesia con disociación de las diversas sensibilidades, etc.

El comienzo y la evolución son diversos en ambos casos: la afasia orgánica sólo aparece repentinamente en casos de hemorragia o reblandecimiento cerebral, acompañándose de ictus, hemiplegia derecha u otros signos que permiten la diferenciación; en cambio el mutismo histérico suele ser repentino, a menudo acompañando a un ataque, reemplazando a otro accidente histérico, etc.

Los caracteres mismos del trastorno motor permiten diferenciarlo. En la afemia orgánica hay emisión de sonidos laríngeos; en la histérica, *afonía* completa.

En la orgánica el trastorno funcional no suele destruír completamente la función; en la histérica es *completo*. Por fin, mientras la primera afemia suele repercutir sobre los otros modos del lenguaje, afectando, poco o mucho, la audición, la lectura o la escritura de los símbolos del lenguaje, la afemia histérica es *localizada*, dejando incólumes las otras manifestaciones. En rigor, esos

caracteres intrínsecos de la afemia bastan para distinguir la orgánica de la funcional.

Pero no basta diagnosticar afemia "funcional" para afirmar que es "histérica"; en ciertos neurasténicos y alienados es frecuente encontrar un mutismo comparable al histérico. Como indica Morselli (17), el estuporoso y el demente apático no emiten ningún sonido vocal durante muchas horas o días, el paralítico avanzado puede observar igual conducta, así como el melancólico atónito o con delirio de autoculpabilidad, muchos delirantes sistematizados, etcétera. Seglas (18), reconociendo la dificultad del diagnóstico diferencial entre el mutismo histérico y el vesánico, hace notar que los vesánicos no son afónicos, pues a menudo se les sorprende hablando en baja voz sus soliloquios, aparte de que al ser excitados emiten exclamaciones, quejas o insultos que denuncian una fonación normal; "pero el diagnóstico se vuelve casi imposible cuando se está frente a una histérica la cual se enferma de melancolía depresiva con mutismo. Los elementos de diagnóstico tomados de la afonía, de la conservación posible de la escritura, de la mímica, faltan entonces por la sobreposición del estado melancólico; el diagnóstico de la naturaleza histérica o vesánica del mutismo queda en suspenso".

El diagnóstico diferencial entre el mutismo histérico y el de los alienados fué primitivamente estudiado por Moret (19) en su tesis; más tarde el mismo Seglas (20) analizó con singular acierto el mutismo de los melancólicos.

Roux (21) presenta en forma esquemática las interpretaciones diversas a que puede prestarse un caso de

(17) MORSELLI: *Semeiótica*, vol. II, pág. 300.
(18) SEGLAS: *Les troubles du lagage chez les aliénés*, pág. 99.
(19) MORET: *Contribution a l'étude du mutisme des aliénés*, París, 1880.
(20) SEGLAS: "*Mutisme mélancolique*", en *Arch. de Nevrol*, París, 1881.
(21) ROUX: *Maladies nerveuses*, pág. 180.

mutismo, sintetizando la cuestión de su diagnóstico clínico y etiológico.

Puede subordinarse a la depresión extrema, al sufrimiento moral intenso, haciendo sumamente penosa la palabra — melancolía.

Puede ser el resultado de una indigencia completa de pensamiento, de una falta total de cerebración — confusión mental estuporosa.

Puede el sujeto ser un abúlico, en tal grado que tenga impotencia para articular palabras.

Puede callar voluntariamente por desconfianza — perseguido.

Puede callar porque una voz, una alucinación le impone silencio o le impide articular palabras.

Puede el silencio resultar de que el enfermo se cree indigno de hablar con sus semejantes—autoculpabilidad melancólica.

Puede callar por tener la convicción de que ya no posee los órganos necesarios para hablar — delirio de las negaciones.

Puede, en fin, a pesar de sus esfuerzos y de la integridad del pensamiento, ser impotente para expresarse, pues el mecanismo de la palabra está olvidado, inhibido o disociado — mutismo histérico.

## VI — Reeducación de la palabra durante el sueño hipnótico

La evolución y pronóstico suelen ser favorables; la función se restablece al cabo de más o menos tiempo. El mayor peligro consiste en la facilidad de las recidivas.

El tratamiento de elección, como para todos los accidentes histéricos, es la sugestión, en vigilia e hipnótica. En nuestra enferma empleamos la técnica siguiente, que podríamos llamar *reeducación de la palabra durante*

*el sueño hipnótico,* coincidiendo con el tratamiento aconsejado por Sollier (22).

Hipnotizamos a la enferma, mirándola fijamente en los ojos. Tardó cuatro o cinco minutos en dormirse, con sueño poco profundo. Primeramente le ordenamos modificara el ritmo respiratorio, acelerándolo primero y retardándolo después. La persuadimos en seguida de que mediante una leve fricción en el cuello, delante de la laringe, recuperaría la voz al hacer intensos movimientos respiratorios; ensayo coronado de éxito. Le hicimos, a continuación, repetir las cinco vocales, que pronunciamos en voz alta; luego repitió sílabas, palabras y breves frases enteras. En seguida la indujimos a pasar de la repetición a la palabra espontánea, ordenándole contestara a preguntas fáciles, como ser su nombre, edad, nacionalidad, etc. Por fin la enferma, siempre en estado hipnótico conversó corrientemente con nosotros y por orden nuestra con su propio esposo. Llegados a este punto, hicimos notar a la enferma que ya hablaba perfectamente y que al ser despertada podría continuar hablando con la misma facilidad. En efecto, al ser despertada contestó corrientemente a nuestras preguntas, y se retiró del hospital comentando con su esposo la enfermedad misma y los efectos del tratamiento.

La sesión duró 20 minutos.

Para evitar una recaída, y mantener la sugestión, recetamos a la enferma 20 gramos de agua destilada, para tomar 5 gotas por la mañana y 5 por la noche, rotulándola "veneno". El mutismo no se repitió; como único tratamiento bastó una sola prueba de reeducación durante el sueño hipnótico.

(22) SOLLIER: *L'hystérie et son traitement,* cit, pág. 360.

# LA DÍSNEA HISTÉRICA

I. Caracteres clínicos de este accidente respiratorio — II. Antecedentes y orígen de la dísnea — III. Examen clínico de la enferma — IV. Mecanismo fisiopatológico y diagnóstico — V. Tratamiento por la sugestión verbal y la gimnasia respiratoria — VI. Excelencia práctica del método usado.

## I.—Carateres clínicos de este accidente respiratorio

Los accidentes histéricos del sistema respiratorio son numerosos. El bostezo, la afonía, la risa, la tos, el hipo, el estornudo, la dísnea, y, en general, todos los síntomas anormales de ese aparato, pueden ser determinados por la histeria. La *dísnea histérica,* sin ser vulgar, no es rara; le han prestado poca atención los neuropatólogos, siendo uno de los accidentes histéricos cuya bibliografía es más reducida.

Briquet (1) describió con el nombre de "asma histérico" fenómenos parecidos a los descritos más tarde con el nombre de "dísnea histérica", aunque inconfundibles con ellos; según ese autor, el "asma" se conocía de vieja data, pues a ella se refería Van Helmont al describir el "asma uteri". Los síntomas que Briquet le adjudica son poco definidos: "Es muy difícil diferenciar esos fenómenos de los propios del asma verdadero,

(1) Briquet: *Traité clinique,* etc., pág. 251 y siguientes.

así como de los accesos de asma sintomáticos del enfisema".

Acaso por tal motivo quedó aislada la descripción de Briquet, pues la manifestación clasificada actualmente como dísnea o taquipnea histérica reviste un aspecto clínico muy diferente (2).

Fouquet (3) describió un caso de taquipnea histérica asociada con ataques convulsivos, paraplegia y anestesias diversas.

Charcot, en sus memorables "Lecciones del martes", presentó un caso característico, fijando definitivamente la sintomalogía clínica de este sindroma histérico (4). La enferma era una judía, de veinte años de edad, con antecedentes histéricos bien definidos. Desde un año su respiración era precipitada, llegando hasta 170 y 180 movimientos por minuto; era silenciosa, con inspiraciones poco profundas; la enferma no revelaba ansiedad ni sufrimiento alguno, no encontrándose rastros de cianosis, que no habrían faltado en caso de verdadera dísnea con anoxhemia.

La auscultación cardíaca y pulmonar revela signos normales. La dísnea cesa durante el sueño; en vigilia no es continua; presenta intermisiones, durando sus accesos tres o cuatro horas, precedidos siempre por un período prodrómico muy parecido al aura de la histeria convulsiva; el acceso termina por llanto, como un ataque de histeria vulgar. En suma, el acceso representaba, en cierto modo, un ataque histérico transformado. Durante más de un año resistió a un tratamiento racional, siendo esa tenacidad muy común en los accidentes de la histeria monosintomática.

(2) GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clinique*, etc., pág. 207.
(3) FOUQUET: *Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique*, Tesis, París, 1880.
(4) CHARCOT: *Ob. Comp.*, Vol. II, pág. 11 y siguientes.

Dejerine (5) sintetiza con exactitud sus rasgos típicos: "Se caracteriza por una extrema aceleración de los movimientos respiratorios, que pueden alcanzar el número de 170 a 180 por minuto: es una verdadera polipnea. La respiración se produce sin ruido, sin esfuerzo, sin ansiedad, sin cianosis; el pulso no pasa de 60 a 80 pulsaciones. No hay espectoración ni signos estetoscópicos. Esa dísnea desaparece durante el sueño. Sobreviene por accesos que duran tres o cuatro horas y se acompañan de algunos síntomas (aura, llantos) que permiten asimilarlos a los ataques de histeria convulsiva. Otras veces existe en estado permanente. Es también, a veces, una manifestación monosintomática de la histeria, pudiendo coincidir o no con los ataques convulsivos".

La mayor parte de los casos publicados se refieren a la forma accesual o paroxística, durando de pocos minutos hasta tres o cuatro horas, constituyendo el acceso un verdadero equivalente o sustitutivo del clásico acceso convulsivo. Y, lo mismo que él, suele comenzar la dísnea histérica por auras sensoriales y terminarse por fenómenos resolutivos diversos: a menudo una crisis de llanto o una intensa depresión, seguida de sueño profundo. El número de respiraciones por minuto, en casi todos los casos, oscila entre 100 y 120, siendo en absoluto excepcional la cifra de 180 observada por Weir Mitchel (6). La respiración es generalmente muy superficial y de tipo costal superior, según observa Tamburini (7); es rítmica, recordando mucho la dísnea compensadora de los perros durante los días de grandes calores.

(5) DEJERINE, en *Traité de Pathologie generale de* BOUCHARD, tomo V, pág. 1.029.
(6) WEIR MITCHEL: *"De la respiration hystérique rapide"*, en *Semaine Médicale*, 1893, núm. 32.
(7) A. TAMBURINI: *Isterismo*, en el Tratado de Cantani y Maragliano, parte V, vol. II.

## II. — Antecedentes y origen de la dísnea.

La enferma cuyos síntomas analizaremos es argentina, soltera, cocinera, de veinticinco años de edad, criolla, sabe leer y escribir, lleva una vida arreglada, tiene carácter tranquilo y jovial, buena constitución física y se encuentra en discreto estado nutritivo. Ignora por completo sus antecedentes hereditarios. Los individuales carecen de interés hasta la época de la pubertad, pues se reducen a enfermedades infantiles sin nada digno de especial mención. A la edad de trece años, contrajo el hábito que desde esa fecha no ha abandonado jamás.

Ha pasado por épocas de mayor recrudecimiento de su vicio, siendo la primera a los quince años de edad y coincidiendo con sus primeras manifestaciones francamente histéricas; la misma enferma atribuye a sus abusos toda la enfermedad y cree necesario referirnos esos datos, juzgándolos indispensables para comprender su afección.

A la edad de quince años, consecutivamente a excesos, la enferma comenzó a padecer de insomnios, sueños terroríficos, alucinaciones prehípnicas y al despertar, debilidad general, palpitaciones de corazón y mareos. Fué asistida por un médico cuyo nombre no recuerda, confesándole su culpa; recibió tal responso, que en mucho se aplacaron sus ardores, pasando por una larga y saludable remisión, ya que no intermitencia de su vicio. Pero la neurosis quedó instalada en su organismo. Desde esa época, y más intensamente cuando acentuaba su hábito, sufrió de pequeña histeria, bajo forma de mareos, vahidos, palpitaciones y ahogos con sensación de bolo histérico. A la edad de veinte años sufrió el primer ataque convulsivo, repitiéndose ocho o diez veces en el

curso de cinco años. No ha tenido en su juventud otras enfermedades.

A principios de septiembre de 1903 esta enferma sufrió un grave disgusto en la casa donde trabajaba. Por tal motivo lloró copiosamente; en llorando, su respiración cambió de ritmo, acelerándose progresivamente, hasta constituir una dísnea franca y continua que se prolongó después de terminado el llanto. Cuatro o cinco horas más tarde, en vista de que no cesaba el accidente, fué consultado el doctor Franklin Gilardi, quien diagnosticó "dísnea histérica". Intentó sugestionar a la enferma con palabras alentadoras, dándole seguridades de que todo pasaría con pocas cucharadas de bromuro de potasio, medicamento que la enferma tomó durante ocho o diez días, hasta la dosis de siete gramos diarios, sin modificarse en lo más mínimo el accidente. Pasado ese tiempo nos visitó la enferma; la encontramos con los siguientes síntomas.

## III. — Examen clinico de la enferma

Estado general bueno. Enferma tranquila, acomodada a su trastorno, no obstante sufrirlo desde ocho o diez días. Caracteres morfológicos degenerativos poco importantes; tipo étnico mestizo. Aparatos digestivo y génito-urinario funcionan normalmente; secreciones bien. Corazón sano, 78 contracciones por minuto, tensión y ritmo del pulso, normales.

El sistema nervioso revela signos de la neurosis en sus manifestaciones somáticas más características; jaqueca frecuente, neuralgias faciales, anestesia faríngea, hipoestesia en forma de calcetín en el pie derecho, estrechez del campo visual, alucinaciones oníricas. Tiene anestesia mamaria con función histerógena, pero no inhibidora; la

compresión de estas zonas provoca ataques convulsivos, que duran de cinco a diez minutos, durante los cuales se modifica la dísnea, pero ésta reaparece al cesar los fenómenos convulsivos.

Los fenómenos del aparato respiratorio llaman la atención desde el primer momento. Se presenta con la boca semiabierta, alta la cabeza, el cuello estirado hacia adelante y desabrochada la bata, respirando con rapidez vertiginosa, sin hacer más ruido que el propio de toda respiración rápida voluntaria. No revela fatiga, ni siquiera la preocupación que su percance podría justificar.

El número de movimientos respiratorios llega a 115 por minuto. La inspiración es superficial; diríase que el aire no se renueva más allá de los gruesos bronquios. El tipo respiratorio es costal superior, pero debe advertirse que se trata de una mujer. Cuando se distrae fuertemente la atención de la enferma, la dísnea se atenúa y el número de movimientos respiratorios no pasa de 100; esta modificación dura pocos segundos, acelerándose nuevamente. Durante el sueño, según refiere una acompañante de la enferma, la dísnea cesa, mereciendo señalarse la transición brusca entre la dísnea y la respiración normal en el momento de dormirse. Igual hecho observamos en otros accidentes histéricos del aparato respiratorio: el hipo histérico, por ejemplo.

La voluntad de la enferma no modifica en lo más mínimo el ritmo y la rapidez de la dísnea; solamente imponiéndole con brusquedad que deje de respirar o que respire con más pausa, se consigue modificar ligeramente el ritmo de dos o tres movimientos respiratorios.

La experimentación clínica mediante el hipnotismo permite suprimir la dísnea durante el sueño provocado, ocurriendo exactamente lo mismo que en el hipo histérico, como veremos; si alguna duda pudiera ofrecer el diag-

nóstico, quedaría disipada ante el contralor experimental de la hipnotización. Al despertar, la dísnea reaparece, sin modificación alguna. Dura ya más de una semana, sin haber cesado un solo momento, aunque con algunas brevísimas remisiones.

## IV. — Mecanismo fisiopatológico y diagnóstico

El diagnóstico se impone desde que se observa detenidamente el caso. Basta para ello tener en cuenta el precepto general indicado por Dejerine (8) al tratar de los trastornos respiratorios en la histeria. "Lo capital — pues este hecho tiene una importancia de primer orden para el diagnóstico — es que todos los trastornos respiratorios de origen histérico cesan durante el sueño".

La fisiopatología de la dísnea histérica es un punto obscuro y mal discutido. Soucques pretende que se debe a una parálisis del diafragma o a un espasmo de la glotis o de los bronquios; esta opinión es mencionada por varios autores, sin que ninguno la auspicie ni intente demostrarla; Dejerine afirma que carece de base demostrativa. Nosotros la consideramos simplemente absurda. Más lógica y discutible es la siguiente explicación de Sollier, encuadrada dentro de su teoría general sobre la naturaleza de la histeria. El bostezo, el asma y la dísnea, según Sollier (9), débese a que el enfermo no siente penetrar el aire en su pecho. Algunas veces le basta un esfuerzo para suplir esa aparente falta de respiración, y entonces se produce el bostezo; otras veces la anestesia de las vías respiratorias se intensifica bruscamente, y tenemos el acceso de asma; en otros casos, por fin, es permanente, y tenemos entonces la

(8) Dejerine: Ob. cit.
(9) Sollier: *L'Hystérie et son traitement*, pág. 262.

dísnea. Pero al examinar las vías respiratorias de los grandes histéricos se constata siempre una disminución de la amplitud respiratoria. La curva puede ser casi rectilínea con ascensos muy ligeros, o bien el trazado muestra una línea sacudida, tanto en la inspiración como en la expiración; también pueden observarse dos ascensos débiles donde sólo debiera haber uno fuerte, que se observa a veces. Por otra parte, con frecuencia, no siendo la anestesia de las vías respiratorias más marcada que la de todo el resto del organismo, el sujeto no siente malestar alguno, y es necesario buscarla para notar su existencia.

"Esta es una observación general — agrega — que tiene su importancia desde el punto de vista de la investigación de los trastornos latentes de la histeria, así como para dar la certidumbre de que ellos están curados; es decir, no debe olvidarse que las variaciones en la anestesia de los diversos órganos son las verdaderas causas productoras de los accidentes. Cuando la anestesia invade todo el organismo por igual, el sujeto se embota poco a poco, todas sus funciones se retardan al unísono, pero no hay grandes manifestaciones exteriorizables. Mas por ser poco ruidosos o por no llamar tanto la atención, esos casos no son menos serios; algunos revisten más gravedad que los casos de parálisis, contracturas, crisis de diversa naturaleza, etc".

Es evidente que la opinión de Sollier sólo es admisible si se acepta su teoría sobre la histeria.

### V. — Tratamiento por la sugestión verbal y la gimnasia respiratoria

En esta enferma, vista la inutilidad del inevitable bromuro de potasio, instituímos un doble ensayo de su-

gestión hipnótica y sugestión en vigilia, acompañada esta última por maniobras mecánicas coadyuvantes a la acción sugestiva.

Por la simple fijación de un cuerpo brillante la enferma se durmió rápidamente con sueño completo, desapareciendo en el acto la dísnea; su ritmo respiratorio se hizo regular, más profundo, y descendió al número de 24 movimientos por minuto. Se le hicieron sugestiones verbales para que al despertar conservara ese mismo ritmo, pero al ser despertada la dísnea reapareció súbitamente, sin haberse modificado en lo más mínimo por el sueño hipnótico. Ante este contratiempo, y para no esperar hasta el día siguiente, en que se repetiría la hipnosis, usamos la sugestión verbal en vigilia, acompañada de gimnasia respiratoria, teniendo en cuenta que, según Sollier, los ejercicios de respiración artificial ayudan mucho la vuelta de la sensibilidad del aparato respiratorio, y por lo tanto favorecen la desaparición de todos los accidentes debidos a la anestesia.

Después de severas indicaciones verbales, dirigidas a demostrar la inevitable suspensión de la dísnea mediante la respiración artificial, acostamos a la enferma; procedimos a efectuarla, practicando 20 movimientos respiratorios por minuto.

Durante los primeros movimientos la dísnea persistió; pero antes de tres minutos su ritmo comenzó a retardarse progresivamente. No habían transcurrido cinco minutos cuando la respiración estaba completamente adaptada a los movimientos del operador. Continuamos pocos minutos más, insistiendo con sugestiones verbales relativas al éxito de la maniobra, comunicando por fin a la enferma que ya estaba curada y podía prescindir de nuestra cooperación mecánica. Pocos minutos duró el feliz resultado, pues de nuevo se aceleró el ritmo respiratorio. Fué preciso repetir las maniobras de respiración artificial,

normalizar de nuevo su curso e insistir con palabras más convincentes sobre el ánimo de la enferma. Al suspender la maniobra por segunda vez, la enferma continuó respirando normalmente.

Bastó un ensayo de sugestión verbal en vigilia, reforzada por maniobras mecánicas, para obtener en media hora los efectos que no produjo en muchos días el bromuro de potasio, y que no habría producido ninguna otra droga, salvo el caso de obrar sugestivamente. Hemos examinado a esta enferma después de varios meses, y no ha recidivado su accidente respiratorio.

## VI. — Excelencia práctica del método usado.

La frecuencia de los accidentes respiratorios en los histéricos y las dificultades que ofrece su tratamiento medicamentoso, merecen que dediquemos algunas palabras a la reeducación respiratoria, en vigilia y bajo el sueño hipnótico.

Las arritmias respiratorias, en general, dependen de perturbaciones o anomalías de los centros cerebrales. Luciani considera que las modificaciones voluntarias del ritmo respiratorio dependen de impulsos que provienen de la zona motriz de la corteza cerebral; las arritmias involuntarias, en cambio, revelarían una disociación o inhibición de esos centros, en cuyo reemplazo entrarían a funcionar otros subconscientes o reflejos (como en el hipo histérico), o bien nuevas asociaciones funcionales atípicas (como en la dísnea).

Cuando esas perturbaciones son de origen histérico, todo el tratamiento se circunscribe a restablecer la función de los centros habituales, reasociándolos a la personalidad.

Es indudable que la simple sugestión verbal en vigilia —la persuasión—basta generalmente para modificar una dísnea histérica; pero los efectos son transitorios y el ritmo disneico se acelera a los pocos instantes. La sugestión durante el sueño hipnótico es mucho más eficaz y sus resultados son menos fugaces.

Pero la experiencia de numerosos casos, además del descrito, nos ha convencido de que los actos son más eficaces que las palabras; ninguna sugestión nos parece tan útil como la reeducación respiratoria mediante maniobras mecánicas. Conviene advertir que en estos casos todo nos inclina a reconocer la justeza de las ideas patogénicas y terapéuticas de Sollier, pues la intervención se reduce a despertar los centros que no funcionan obrando sobre los órganos periféricos que de ellos dependen.

Todo queda librado, naturalmente, a la habilidad personal del operador, quien elegirá en cada caso los procedimientos y graduará la intensidad con que deba aplicarlos. En general pueden hacerse tres clases de ensayos reeducativos.

Ejercicios pasivos, con maniobras de respiración artificial, retardando progresivamente su ritmo, desde la dísnea hasta lo normal.

Ejercicios semipasivos o imitativos; procurando que el enfermo, bajo la dirección del médico, vaya retardando el ritmo respiratorio.

Ejercicios voluntarios, en que el enfermo regularice el ritmo voluntariamente, respirando a compás de un metrónomo cuya velocidad puede retardarse por grados.

Se trata de algo tan sencillo como eficaz. En muchos enfermos desaparece la dísnea con media hora de paciencia. Son pocos los que necesitan varias sesiones. En cambio, no son raras las recidivas, aunque siempre se presentan igualmente benignas.

# TRASTORNOS TRÓFICOS EN LA HISTERIA

I. Los "estigmas" de los santos y de los poseídos — II. Los trastornos tróficos en la histeria — III. Algunos casos de sudor de sangre — IV. Fiebre histérica; influencia de la sugestión experimental — V. Un caso de seno histérico — VI. El edema histérico — VII. Los trastornos tróficos son consecuencias secundarias del accidente histérico.

## I. — Los estigmas de los santos y los poseídos.

Las vidas de muchos "santos", tales como son descriptas por sus biógrafos más fidedignos, rebosan de hechos singulares, cuyo análisis psicopatológico aporta valiosa contribución al estudio de los accidentes histéricos.

El misticismo de los creyentes suele revestirlos de atributos milagrosos, mientras la incredulidad de los escépticos cree resolver la cuestión viendo en ellos simples mistificaciones o leyendas. Parece inverosímil, rayano en arte de prestidigitadores, que el rastro sangriento de la corona de espinas aparezca ornando la frente de un místico; y dígase lo mismo de ciertas lesiones en las manos recordando los clavos de la cruz, la herida semiabierta sobre el costado, etc., representando sobre el cuerpo de algunos propagadores de su fe las lacras atribuídas a Jesucristo por la leyenda cristiana.

Tales hechos, así como los sudores de sangre y ciertas equímosis espontáneas, lejos de ser negados por la ciencia, recibieron de ella su más indiscutible consagración. Con esta diferencia: ya no son atribuídos a intervenciones diabólicas o divinas, carecen de carácter extraordi-

nario o sobrenatural, y están libres del significado místico que les atribuyeron los biógrafos religiosos. Son simples fenómenos de patología nerviosa y mental; pueden observarse y repetirse experimentalmente en las clínicas, donde su determinismo y su patogenia son estudiados como los de otros accidentes tróficos de la histeria.

En su clásica obra, Gilles de la Tourette (1) dedica preferente cuidado a su estudio; refiere los dos ejemplos más significativos de "estigmatizados", interesantes desde el doble punto de vista histórico y nosológico: Francisco de Asís y Luisa Lateau.

Leyendo la vida del primero es forzoso admitir la neurosis histérica del santo personaje; es una larga historia clínica, como se redactan a menudo en los hospitales y manicomios. Durante uno de sus ataques de éxtasis, Francisco vió "descender de las alturas del cielo un serafín con seis alas de fuego, de claridad deslumbradora. El ángel descendió con vuelo rápido hasta colocarse a su lado, permaneció suspendido en los aires, y entonces apareció entre sus alas la imagen de Jesús crucificado. Al verlo, el alma de Francisco fué presa de indecible estupor. El regocijo y el dolor le llenaban alternativamente; el regocijo, puesto que tenía a su frente al Dios de su corazón, al Dios de amor bajo la forma de serafín; el dolor, pues Jesús estaba sufriendo, con las manos y los pies atados a la cruz y el corazón abierto de una lanzada... La visión desapareció, mas dejando en su alma un ardor extraordinario, y en su carne el rastro milagroso de la impresión divina. Inmediatamente, en efecto, aparecieron sobre sus miembros las cinco lacras que acababa de adorar en la aparición. Sus manos y sus pies parecían perforados por gruesos clavos, cuya cabeza, redonda y negra, era muy visible; la punta, larga y al

(1) Gilles de la Tourette: *Traité clin, et ther*, etc., vol. II, parte II caps. IX a XI.

parecer remachada, sobresalía en el dorso de las manos y los pies. La herida del costado, ancha y entreabierta, dejaba ver una cicatriz bermeja manando sangre y tiñendo por momentos la indumentaria del santo'' (2). Eso ocurría en agosto de 1224; los estigmas, comprobados por muchas personas, aun existían en el momento de su muerte, octubre de 1226. San Buenaventura, por referencias de un testigo ocular, dice que en las manos y en los pies se veían clavos milagrosamente formados por su carne, tan adherentes que al empujàrlos de un lado sobresalían por el otro, como si fueran nervios muy duros y de una sola pieza, de color gris ferroso; la herida del flanco, bien roja, con sus bordes replegados, ''parecía una bella rosa frescamente abierta''. Clara, superiora de las ''Pobres damas de San Damián'', intentó arrancar uno de los clavos milagrosos para conservarlo como reliquia, pero no lo consiguió. En suma, a la muerte de Francisco, las heridas de las manos y pies estaban en vía de cicatrización, por lo menos transitoria, pero la herida del costado manteníase viva y en plena actividad.

Caso idéntico al de Francisco de Asís es el de Luisa Lateau, estudiado minuciosamente por Bourneville (3). En esta enferma el período de éxtasis y delirio reproducía la escena de la crucifixión, influyendo poderosamente sobre el sitio y el aspecto de las perturbaciones tróficas. Sus estigmas consistían en una amplia equímosis en la frente correspondiendo a la corona de espinas, otra en el costado izquierdo, imitando el golpe de lanza, y cuatro en los pies y manos, producidas por los clavos clásicos; además existía sobre la espalda derecha una llaga viva, manando grandes gotas de serosidad transparente, apenas teñida de sangre, análoga, según Warlo-

(2) *Saint-Francois d'Assise*, Edit. Plon y Cie., París 1885, página 235.—Citado por GILLES DE LA TOURETTE.
(3) BOURNEVILLE: *Louise Lateau ou la stigmatisée belge*, 2.ª ed., París, 1878.

mont, a la que habría producido un vesicatorio amoniacal; examinando con lente esa región, se veían arborizaciones vasculares bien caracterizadas. La corona de la frente era muy sensible al dolor y tenía el aspecto propio del edema congestivo doloroso, determinando la hemorragia sin efracción aparente de la piel; no se observaban erosiones o grietas cutáneas en la frente ni en el cuero cabelludo, donde también se producía la hemorragia. En su origen, es decir, cuando los éxtasis eran ligeros, la abundancia y la duración del derrame sanguíneo eran más considerables, persistiendo hasta veinticuatro horas. Algunas veces, aunque raramente, la sangre se detenía y secaba, por lo general a las once de la mañana. La cantidad de sangre era variable, pero nunca fué avaluada con precisión; Lefebvre la calculaba en doscientos cincuenta gramos. Además, se observó, sobre el dorso de ambas manos, "nudosidades duras al tacto, semejantes a botones carnosos", análogas a las de Francisco de Asís.

Completando el cuadro de estas perturbaciones tróficas, recordemos el caso de sor Juana de los Angeles, estudiado con particular atención por Legué y Gilles de la Tourette (4); para estos autores, la historia clínica de la superiora de las Ursulitas de Loudun abarca, por decir así, toda la histeria.

Un día—dicen—después de un ataque Juana vió aparecer sobre el dorso de su mano izquierda las palabras "Jesús, María, José". Los nombres estaban trazados "en hermosos caracteres bermejos y sangrientos". Se proclamó el milagro; ¿cómo podía existir semejante inscripción si los caracteres desaparecían y se renovaban a intervalos variables, sin que la más escrupulosa vigilancia permitiera descubrir el menor tocamiento, la más pequeña supercherería? La hermana, sin embargo, daba la ex-

(4) LEGUÉ Y GILLES DE LA TOURETTE: *Soeur Jeanne des Angeles* París, 1887.—Véase el *Tratado de* GILLES citado, pág. 467 y 468.

plicación verídica del fenómeno, perfectamente plausible en la actualidad: "Será sencillo saber de qué manera se renuevan los nombres de Jesús, María y José sobre el dorso de mi mano. Se borran con lentitud, pero cuando se renuevan tórnanse bermejos y transparentes. Esta renovación es obra de mi buen ángel. Tres razones me inducen á creerlo: 1.ª Ello ocurre, ordinariamente, en la víspera de las grandes fiestas, mientras oro durante la noche, o el día de fiesta cuando comulgo. 2.ª Por su intermedio mi espíritu se eleva a Dios y mi alma recibe un consuelo interior. 3.ª Exteriormente, la operación es muy dulce. Siento un hormigueo en la mano, muy delicado, y algunas veces el santo ángel saca invisiblemente el guante que calza mi mano, no porque yo quiera sacarme el guante, pues sólo me apercibo cuando ya está sacado". Su buen ángel opera del modo siguiente, sin duda en el curso de un ataque, y su operación, puramente alucinatoria, produce los mismos efectos que si fuese real: "Cuando resuelve renovar las marcas, me toca la mano dulcemente, algunas veces quita el guante que la cubre, después hace un movimiento como si una persona escribiera sobre mi mano. Comienza siempre por formar el santo nombre de Jesús". Hoy se considera posible que una intensa alucinación pueda producir estigmas somáticos en las histéricas muy sugestionables.

Según los mismos autores, en Juana los caracteres, cuando duraban cierto tiempo, parecía que estuvieran secos y raspados. Esa raspadura correspondía, evidentemente, a la descamación que se produce cuando los trastornos vasomotores de la piel se prolongan, y las células epidérmicas, insuficientemente nutridas, caen y se eliminan de por sí. En cuanto a la influencia de los ataques sobre la aparición de esos fenómenos, bastará transcribir estas palabras de Juana: "El día de Santa Teresa, el 17 del mismo mes, el padre Surín, aunque muy desfalle-

cido, trajo el Santo Sacramento, dispuesto a comulgarme. Cuando él pronunció estas palabras: "Corpus Domini Jesu Christi" me sentí extraordinariamente atormentada. Una furiosa contorsión me dobló hacia atrás, y mi fisonomía asumió una expresión espantosa. En ese momento el padre vió formarse, muy manifiestamente, sobre mi mano, el nombre de Jesús, por encima de los nombres de María y José, todos en hermosos caracteres bermejos y sangrientos."

Otros hechos análogos pueden leerse en la citada obra de Gilles de la Tourette, quien reunió, en 1885, la más completa bibliografía sobre los trastornos tróficos de la gran neurosis. Los casos ya clásicos, expuestos en las páginas precedentes, bastan como introducción al estudio de algunos accidentes. Nuestras observaciones clínicas pondrán de relieve la analogía entre esas "estigmatizaciones" de los santos o poseídos y ciertos accidentes histéricos observados en la humilde clientela de los hospitales.

II. — Los trastornos tróficos en la histeria.

Su estudio sistemático se inicia con la escuela de Charcot, quien se ocupó de ellos en varias lecciones clínicas; en 1890, Athanassio (5) publicó su tesis universitaria sobre este asunto, inspirándose en las ideas de Gilles de la Tourette. El mismo Charcot, en un prólogo a esa tesis, planteaba la cuestión en los términos siguientes: "En el vasto dominio de la histeria, durante largo tiempo sólo pareció haber sitio para fenómenos que yo calificaría de *psíquicos*, oponiéndolos a los fenómenos *orgánicos* que resultan de la alteración de los tejidos, conociéndose en neuropatología con el término genérico de *trastornos tróficos*.—Conviene afirmar que la histeria tiene sus leyes, su determinismo, absolutamente como

(5) Athanassio: *Des troubles trophiques dans l'hystérie*, París, 1890.

una afección nerviosa debida a lesiones materiales. La lesión anatómica escapa todavía a nuestros medios de investigación, mas para el observador atento tradúcese en trastornos tróficos análogos a los observados en los casos de lesiones orgánicas del sistema nervioso central o de los nervios periféricos. En ese concepto, ni siquiera los "humores" dejan de modificarse, como demostraron recientemente dos de mis discípulos, Gilles de la Tourette y Cathelinau, estudiando los trastornos de la excreción urinaria en la histeria. El camino está señalado y me atrevo a esperar que en breve el método anátomo-clínico, respecto de la histeria, contará un éxito más a su favor, permitiendo descubrir la alteración primordial, la causa anatómica de la cual hoy conocemos tantos efectos materiales."

En la tesis se proponía el siguiente esquema de clasificación:

- A. — Trastornos tróficos de la piel y sus dependencias.
  - A.—No especializados.
    - Sudores.
    - Eritemas pasageros.
  - B.—Especializados.
    - Erupciones vesiculosas.
    - Pémfigo.
    - Vitiligo.
    - Zona simple o gangrenosa.
  - C. . . . . . .
    - Canicie.
    - Caída del cabello.
    - Caída de las uñas.
- B. — Trastornos vasomotores y secretores.
  - Equimosis espontáneas.
  - Hemorragias cutáneas.
  - Gangrena simétrica de las extremidades.
  - Edema azul.
  - Hinchazón del cuello.
  - Seno histérico.
  - Galactorrea.
  - Sudores locales.
- C.—Tejido celular.
  - Lesiones ligamentosas periarticulares.
  - Retracciones fibrotendinosas.
- D.—Atrofia muscular.

Ese esquema, erróneo y deficiente por muchos conceptos—a punto de no citarlo Gilles de la Tourette, no obstante ser su inspirador,—mereció justas críticas. Gilles, en su tratado, describe los trastornos tróficos sin clasificarlos, agrupándolos como sigue:

Trastornos vasomotores cutáneos o "diátesis vaso-motriz". Primer grado del proceso: dermografía espontánea y provocada, fenómenos de asfixia local, sudores localizados o generales, urticaria; segundo grado: edema, pémfigo, herpes gangrenoso de Kaposi, eczema; tercer grado: lesiones gangrenosas de la piel, alteraciones pigmentarias, eritromelalgia.—Equimosis espontáneas. Hemorragias cutáneas y de las mucosas sensitivas. — Trastornos tróficos en los anexos de la piel. — De los tejidos profundos: seno histérico, atrofia muscular histérica, atrofias complejas. — Fiebre histérica.

P. Janet y Raymond (6) consignan la frecuencia de los trastornos tróficos en el curso de la neurosis, pero no los clasifican sistemáticamente, limitándose a exponer siete casos: edema azul de la mano izquierda, edema duro de la mano y antebrazo derecho, sudores generalizados y permanentes, secreción de agua por las mamas, melanodermia abdominal y anuria refleja.

Algunos de los trastornos tróficos de primer grado son muy frecuentes; en su génesis desempeña un rol no despreciable la emotividad del sujeto. Los demás se observan con poca frecuencia; algunos son rarísimos.

Estudiaremos extensamente un caso de edema histérico con anestesias, cuya evolución hemos seguido con minuciosidad. Pero antes mencionaremos algunas observaciones personales, revestidas de particular interés; dos de ellas, desgraciadamente, menos detalladas de lo que desearíamos, pues pertenecen a la clínica privada.

(6) JANET Y RAYMOND: *Névroses et idées fixes*, vol. II, pág. 505 y siguientes.

III. — Algunos casos de sudor de sangre.

Una joven de veintisiete años de edad, soltera, requirió nuestra asistencia para sus ataques convulsivos; entre los antecedentes nos refirió una hemathidrosis repetida. Pudimos ratificar la verdad del hecho, advirtiendo que en casos tales nuestra norma de conducta es la *desconfianza sistemática,* pues sabemos que el afán de ser interesantes aguijonea a los histéricos.

A la edad de ocho años, consecutivamente a una emoción, nuestra enferma sufrió su primera crisis nerviosa. Un perro saltó sobre ella, en la vía pública, en actitud amenazadora; la niña cayó por tierra, desmayada, sufriendo un ataque convulsivo. La llevaron a su domicilio, continuando los accesos durante dos o tres días, en forma ora intermitente, ora subintrante.

Hasta los trece años no tuvo otros fenómenos neuropáticos. Con la pubertad se inició una nueva serie de ataques, netamente histéricos, produciéndose cada tres o cuatro días. A la edad de quince años los accesos tornáronse menos frecuentes; desde entonces sufrió tres o cuatro por año, y sólo a consecuencia de intensas emociones.

Al trasponer los diez y siete años, la enferma tuvo la desgracia de perder a su madre repentinamente. Sin sospechar la posibilidad de tal catástrofe, la joven estaba de paseo, en compañía de algunas amigas. Al regresar, vió gente aglomerada ante la puerta de su casa. Penetró; en pocas palabras le dijeron que su madre estaba gravísima, dejándole sospechar su fallecimiento. Cayó desplomada, presa de fenómenos convulsivos y delirantes, mezclados de risa y llanto paroxísticos. Al día siguiente la joven amaneció en estado de profundo sopor cataleptóideo; le dieron friegas de alcohol para reaní-

marla, volviendo a su plena conciencia a las diez de la mañana. En las primeras horas de la tarde fué invitada a ver el cadáver de su madre, pues llegaba la hora de conducirlo al cementerio. Se abrazó al féretro, sufrió un paroxismo de llanto afónico, permaneciendo durante quince minutos en esa posición; un ligero temblor la estremeció de pies a cabeza. Transcurrido ese tiempo, su padre, acompañado por otros deudos, se le acercó, para alejarla del cadáver; la levantaron en peso, pues la enferma parecía estar desmayada o dormida, según nos refiere su propio padre. A la luz de los cirios, los presentes, aterrorizados, pudieron observar su frente cubierta de gotas sangrientas. Al principio creyeron que se había herido o escoriado contra el ataúd; la limpiaron con un pañuelo, lavando luego la frente con agua tibia, después de acostarla sobre una cama próxima. La enferma continuaba dormida o desmayada, ajena a cuanto ocurría en su rededor.

Su padre, persona inteligente y de cierta cultura, examinó con cuidado la cabeza, frente y cara de la enferma; comprobó que no había ninguna solución de continuidad en la piel; sin embargo, después de lavarla con agua templada, habían aparecido nuevas gotitas, como de rocío carmesí, sobre la frente y por encima de las mejillas, en el párpado inferior. Estas gotitas, más pequeñas y menos numerosas que las primeras, pudo examinarlas detenidamente; parecían rubíes, siendo las más grandes del tamaño de una cabeza de alfiler. Llamó su atención este dato: no parecían de sangre, espesa y coagulable, sino de sudor rojo, ensangrentado, pero transparente.

En ninguna otra parte del cuerpo se produjeron hemorragias; la hemathidrosis no coincidió con la menstruación; no hubo recidivas inmediatas. La frente parecía ligeramente infiltrada o tumefacta, de aspecto rosado; el padre de la enferma no puede precisar si había

congestión o edema. La niña continuó con sus fenómenos convulsivos y en estado cataleptóideo durante varios días.

Algún tiempo más tarde, a la edad de veintiún años, se repitió el fenómeno en las siguientes circunstancias. La niña, hija única, dormía en una habitación contigua a la de su padre. A las dos de la madrugada oyóse en las piezas de servicio, ruido de puertas violentadas, rumor de corridas en el patio y de pasos sobre la azotea. Al mismo tiempo una sirvienta daba voces de auxilio, justamente alarmada por la presencia de extemporáneos huéspedes. El padre de la niña se levantó en ropas menores. La joven emitió un único grito, quejumbroso "como un aullido de perro moribundo"; su padre corrió hacia ella, dejando libre la fuga a los ladrones. La encontró aletargada, boca abajo, con la cara contra la almohada, quieta. Encendió el gas, se acercó a ella, y pudo comprobar la repetición de lo ocurrido cuando falleció la madre: la niña "sudaba sangre"; la funda estaba teñida de rosa claro, en los puntos donde tocaba la frente; sobre ésta, las mismas gotas de sudor rojo transparente, cristalino, los mismos "rubíes" observados la primera vez. El padre de la enferma llama la atención sobre la gran rapidez con que se produjo este sudor de sangre, pues entre el grito de la niña y su inspección ocular no llegarían a transcurrir dos o tres minutos.

Después de haber confirmado la exactitud de los hechos expuestos, principalmente de la primera hemathidrosis, ocurrida en presencia de varios testigos ilustrados, intentamos la *repetición experimental* del fenómeno en la enferma. Previo su consentimiento y el de su propio padre, la hipnotizamos, obteniendo sueño profundo en la primera sesión; nos limitamos a la sugestión verbal, reforzada por el contacto de un cuerpo metálico sobre la frente. Primero le sugerimos que tuviera un

copioso sudor localizado, obteniendo una sudación indudable, aunque no copiosa; en seguida le sugerimos que sudara sangre, sin resultado.

Hipnotizamos nuevamente a esta joven, con el mismo *resultado negativo*. Podía intentarse otro camino: sugerir a la enferma alucinaciones terroríficas o producirle un gran pánico durante el sueño hipnótico; el padre de la joven, urgido por una curiosidad explicable, deseaba que lo hiciéramos, instigándonos a ello. Sin embargo, no obstante la curiosidad de ambos, tuvimos en cuenta los peligros, inmediatos y mediatos, inherentes a ese género de experiencias; nos limitamos, pues, al simple relato de ese curioso accidente trófico en un caso de histeria bien caracterizada.

El doctor José M. Rodríguez, jefe de Clínica del profesor Julio Méndez, nos ha favorecido con una observación personal inédita; tiene más valor, pues dicho colega pudo presenciar varias veces la sudación de sangre. El enfermo era un niño de diez años, bien constituído y de aspecto sano, de carácter violento e irascible; por sus modales era señalado entre sus parientes como un niño raro; entre otras "rarezas" tenía la de comer tierra y maderas blandas, masticando estas últimas con particular fruición. Toda vez que sufría emociones intensas, fuesen de pavor o de ira—le reprendieran sus padres o le riñesen los camaradas de juego (que eran pocos, dado su carácter misántropo),—sufría "sudores de sangre". La frente, las mejillas, el cuello, el pecho y algunas veces el dorso de las manos, se llenaban de pequeñas gotas rojas, como si cayera sobre ellas un "rocío de sangre". Ese líquido manchaba los pañuelos usados para enjugarlo; el sudor de sangre duraba pocos minutos, tantos como la emoción intensa. Los accesos de ira o pavor eran muy violentos; el niño se revolcaba sobre el suelo, con movimientos convulsivos francamente histeriformes. Es-

te enfermo fué llevado al campo, buscando en la naturaleza tranquila los remedios no encontrados en la farmacia. El doctor Rodríguez no supo más de él.

Entre varias referencias análogas, no todas igualmente dignas de crédito, mencionaremos un caso observado por un distinguido escritor, en una histérica de su propia familia. Los sudores de sangre producíanse en la palma y dorso de las manos, sin crisis nerviosa de ningún género; era una joven de veinte años, endeble y romántica. Fué asistida de histeria, tuberculosis y anemia; falleció por consunción progresiva, sufriendo diarias sudaciones de sangre, cada vez más generalizadas.

El sudor tenía el mismo aspecto de solución acuosa sanguinolenta, tiñendo en color rosado la ropa blanca; la piel no presentaba ninguna solución de continuidad.

En otro caso, cuya exactitud no podríamos garantizar, la enferma tenía parálisis histérica del brazo derecho; el sudor de sangre se producía en toda la piel de ese miembro cada vez que sufría una intensa emoción. En otra referencia, cuya autenticidad tampoco pudimos comprobar, el sudor de sangre cubría toda la cara, pero siempre a continuación de un ataque de risa o llanto histérico, de forma paroxística.

## IV. — Fiebre histérica; influencia de la sugestión experimental.

La circunstancia de haber descubierto un caso de fiebre histérica simulada, cuyo diagnóstico habían aceptado ya dos colegas distinguidos, nos indujo a examinar con mucha desconfianza el que pasamos a referir. Durante dos o tres meses fué estudiado en la Sala I del Hos-

pital San Roque (servicio del profesor Julio Méndez) por el doctor José M. Rodríguez, recibiendo luego, por igual tiempo, nuestra asistencia directa en la Sala VI (servicio del profesor José M. Ramos Mejía). En un libro anteriormente publicado, estudiando la simulación de estados patológicos, decíamos que la fiebre puede simularse fácilmente: el simulador frota la cubeta del termómetro en un pliegue de la camisa y le imprime un movimiento de rotación sobre su propio eje; el inconveniente del sistema consiste en que el sujeto no puede graduar su fraude y de repente aparece con 45 grados, en discordancia con su excelente estado general. Slocker, en su clásico libro, enumera algunos de los medios usados por los conscriptos para producirse un ligero aumento de temperatura y acelerar el pulso, con eficacia muy problemática; agrega: "En algunas obras antiguas, que se remontan al siglo XVI, se hace mención de algunos procedimientos, difíciles hoy de realizar y en desuso, quizá por la dificultad de proporcionarse los medios. Cardón indica la existencia de un pez de la isla de Ceylán, que con su simple contacto produce la fiebre, y de un escarabajo, que, cocido en aceite, tiene la facultad de dar a éste la propiedad de ocasionar la fiebre friccionando la piel en el antebrazo" (7). Munidos de esos precedentes, recibimos al enfermo, que se nos transfirió del servicio del profesor Méndez con el diagnóstico de "fiebre histérica", acompañando los antecedentes que van a continuación:

El enfermo es cubano, de treinta años de edad, casado, sin empleo. Su padre murió a los cincuenta años, ignorándose la causa; madre viva y aparentemente sana; tres hermanos sanos y uno muerto de fiebre tifoidea;

(7) SLOCKER, *Enfermedades simuladas y disimuladas*, trad. española 1897, pág. 125.

esposa sana; tres hijos sanos y un cuarto fallecido por gastroenteritis.

El enfermo, a la edad de siete años, estando en Cuba, padeció de fiebre intermitente hasta los diez años, edad en que emigró a Europa; tuvo viruela poco tiempo despues.

Entrando a los diez y seis padeció de vahidos, pareciéndole que las personas y las cosas giraban en torno suyo, pero no caía en tierra; sentía palpitaciones y deseos intensos de correr, con sensación de que "se iba a morir"; lo sangraron repetidas veces y curó en un trimestre. Tuvo, a los veinticinco, una parálisis de tres dedos de la mano izquierda; no sentía dolores ni otras molestias, mas le era imposible ejecutar con esos dedos movimiento alguno; curó en treinta días, mediante fricciones y una bebida cuya composición ignora. Cuatro años ha sintióse repentinamente muy triste, impaciente, con inapetencia y malestar general; tuvo tos seca, sintió vagos mareos y un indefinido cosquilleo en la garganta, seguido más tarde por un fuerte acceso de tos; tuvo hemóptisis, de sangre roja y espumosa, en cantidad de medio litro (?); un médico le diagnosticó lesión tuberculosa del pulmón izquierdo, pero la hemóptisis cesó y no hubo sudores nocturnos ni fiebre cuotidiana, recobrando al poco tiempo su apetito y mejorando mucho su estado general. Después tuvo sarampión; curó en veinte días. De dos años a esta parte, padece dolores de cabeza, localizados principalmente en el frontal, sienes y vértex; coexiste sensación de mareo, hay obscurecimientos de la vista y tiene estado ansioso con temores de muerte próxima; insomnio, sobresaltos durante la noche, acompañados de intensas palpitaciones. Esos fenómenos duraban dos o tres días, alternándose con iguales períodos de tranquilo bienestar.

Hace un año y medio, encontrándose en el Chaco,

cayó prisionero de los indios, sufriendo toda clase de vejámenes y angustias; sufrió una fuerte fiebre, con cefalalgia, sequedad bucal, salivación espesa, escalofríos y fuerte excitación nerviosa; al mismo tiempo tuvo colitis, con deposiciones diarreicas, algunas veces sanguinolentas y mucosas; sufrió delirio frecuente un par de meses, y al curar se encontró débil y demacrado. Entonces notóse muy dolorido, especialmente en las espaldas y vientre, atribuyendo estos dolores a los masajes brutales que le practicaban los indios con la piadosa intención de curarle. Regresó a Buenos Aires hará un año próximamente. Desde esa época sufrió accesos de pequeña histeria: sensación de bolo ascendente retroesternal, dificultad respiratoria, intensas palpitaciones cardíacas, ahogos, vahidos, ansiedad desesperante; otras veces sintió raquialgias, lumbalgias y ventralgias, notando en los sitios dolorosos la presencia de manchas negras cuyo origen ignora; sudores fríos en las manos y los pies, calores intensos en la piel, hiperalgesia cutánea muy marcada.

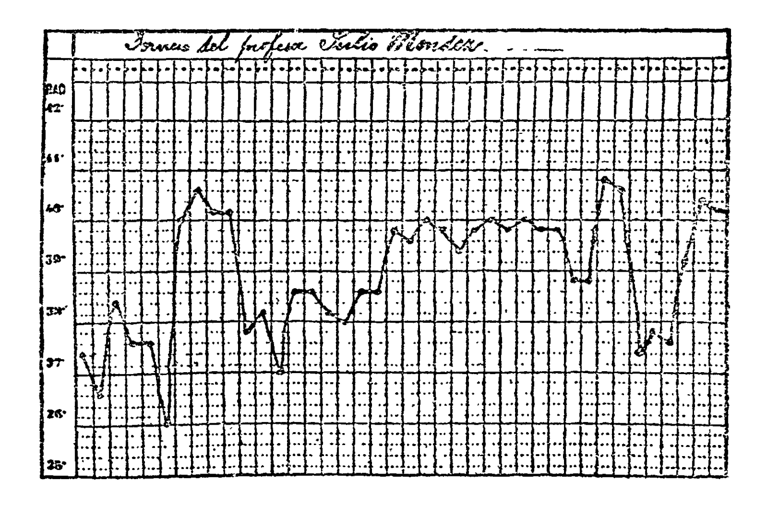
El 12 de Diciembre de 1901 ingresó al servicio del profesor Julio Méndez. Además de los últimos trastornos descritos, tenía intensos mareos, cefalalgias, zumbidos de oído, sensación de párpados tumefactos, dolores en el occipucio, malhumor, pánico de peligros imaginarios, palpitaciones cardíacas, sofocación, hormigueos en los brazos y piernas, calambres en las pantorrillas, disestesias térmicas subjetivas. Se comprueban antecedentes de alcoholismo. El examen, practicado por el doctor Rodríguez, revela buen desarrollo físico y regular panículo adiposo; en la cara anterior de la pierna izquierda existe una cicatriz de origen traumático; en la parte anterior del tórax, señales de puntas de fuego. Aparatos respiratorio y circulatorio, hígado, bazo, orina, genitales, no presentan trastornos dignos de mención. Hay colitis. El

examen del sistema nervioso fué repetido al pasar a nuestra clínica. El enfermo tiene fiebre por *accesos,* sumamente irregular. Por el remoto antecedente palúdico se le hace tratamiento, sin resultado, a pesar de que los caracteres intrínsecos de la fiebre excluían ese diagnóstico. Se trata la colitis; la fiebre se muestra ajena a ese trastorno e independizada de su marcha y tratamiento. Además permanecía insensible a la acción de los antipiréticos comunmente usados.

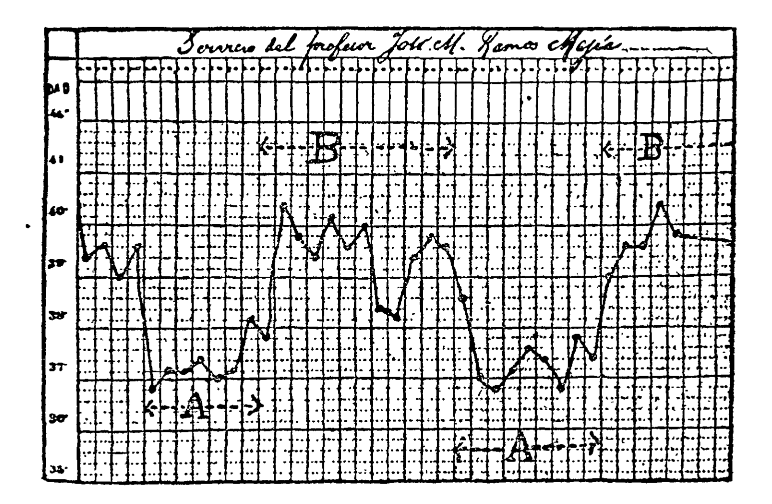
El siguiente cuadro térmico dará una idea del tipo irregular de esta fiebre. (Cuadro I).

Descartadas todas las causas lógicas de la fiebre, y en presencia de los antecedentes histéricos del sujeto, se supuso que podría tratarse de fiebre histérica, siendo pasado al servicio de enfermedades nerviosas.

Durante su permanencia en la sala pudimos confirmar la extrema irregularidad del tipo febril, vigilando al enfermo para evitar todo fraude en los datos termo-



métricos. El enfermo presentaba anestesia faríngea, exageración de los reflejos tendinosos, estrechamiento del campo visual e irregularidades sensitivas muy variables. La confirmación del diagnóstico la obtuvimos por el tratamiento sugestivo en vigilia: la ingestión de agua destilada, por gotas (rotulada "veneno" y teñida con cochinilla) suprimía la fiebre, reapareciendo por la suspensión del supuesto medicamento. El siguiente cuadro térmico dará una idea clara de la acción sugestiva.




Estas sugestiones en vigilia habrían podido reforzarse, haciéndolas sistemáticas, mediante la sugestión hipnótica. Pero el carácter díscolo del enfermo y su conducta insufrible, nos obligaron a devolverlo al servicio del doctor Méndez; baste decir que, en menos de un mes, este sujeto intentó o simuló suicidarse dos veces, colgándose en las ramas de un árbol del hospital, con nudo corredizo al pescuezo. En la Sala del doctor Méndez le aguantaron poco tiempo; su carácter irritable y molesto obligó a darle el alta pocos días más tarde.

El caso—de suyo interesante por su rareza extrema—merece un breve comentario histórico y patogénico.

Pommer (8) dió la primera descripción completa de este accidente histérico, distinguiendo el "escalofrío histérico" y la "fiebre espasmódica, no humoral". Chomel, Landouzy y Grisolle (9) negaron en absoluto la existencia de la fiebre histérica, influenciados por la doctrina de Broussais, quien refería todos los accidentes histéricos a un proceso inflamatorio del útero y del ovario. Briquet le devolvió su rango clínico, dividiendo en tres categorías diferentes a los supuestos enfermos de fiebre histérica. En los primeros hay simple aceleración del pulso, sin ascenso de temperatura; en los segundos hay aceleración de pulso y aumento de la temperatura cutánea solamente; en los terceros hay trastorno del pulso, calor de la piel, hipertermia orgánica, cefalalgia, sed, anorexia y lasitud general. Briquet observó más de veinte enfermos con fiebre histérica verdadera (10). Las tesis de Gagey (1869) y de Briand (1877) confirmaron la opinión de Briquet. En 1883, Pinard (11) analizó minuciosamente los casos antes publicados, concluyendo que la fiebre histérica esencial, de forma continua, tal como esos autores la describían, no reposaba sobre observaciones concluyentes y debía ser puesta en duda; en general, eran casos de fiebre cuya causa permanecía desconocida, ocurrentes en individuos histéricos. Du Castèl (12) cimentó la opinión de Pinard, refiriendo un caso de pretendida fiebre histérica cuya simulación había descubierto.

En la misma Sociedad Médica de los Hospitales, Debove presentó un caso de fiebre histérica, en el cual la temperatura osciló entre 38 y 40 grados, durante tres

(8) POMMER: *Traité des affections vaporeuses*, vol. I, año VII. (Citado por Gilles de la Tourette).
(9) *Traité de Pathologie Interne*, 1846, París.
(10) BRIQUET: *Traité clinique*, etc., citado.
(11) PINARD: *De la pseudo-fièvre hystérique*, tesis, París, 1883.
(12) DU CASTEL: *Société Médicale des Hôpitaux*, París, 1884.

años, sin existir ninguna lesión orgánica que explicara la fiebre. Puso la experimentación al servicio de sus investigaciones, y decía: "En una serie de sujetos de ambos sexos, hipnotizados o hipnotizables, sugiriendo una sensación de calor intenso, hemos producido elevaciones de temperatura variables entre medio grado y un grado y medio. Esta última cifra fué obtenida en casi todos los enfermos fácilmente sugestionables... Cuando ensayamos producir el frío por sugestión, los resultados fueron contradictorios; la temperatura seguía invariable o se elevaba en uno o dos décimos de grado" (13). Después de esa fecha se observaron numerosos casos, aunque ninguno de ellos en la Salpêtrière, como hace notar Gilles de la Tourette, cuya obra ofrece la mejor bibliografía de la cuestión hasta el año 1895. Actualmente es mencionada por todos los autores, aunque pocos se atreven a aventurar opiniones acerca de su patogenia.

Sollier (14), aun creyéndola muy rara, admite su existencia. Ya se presente aislada, como único síntoma de la neurosis, si es que fué observada así alguna vez, ya se presente a título episódico en el curso de una gran histeria, con manifestaciones múltiples y vicerales, no hay motivo para oponerle un tratamiento especial. Si ignoramos su mecánismo y su causa, claro se está que arriesgamos empeorar la situación con un tratamiento empírico; además, la experiencia demuestra la ineficacia de los antipiréticos ordinarios. Es inútil, pues, dar quinina o antipirina, salvo a título de contralor para el diagnóstico. Conviene solamente ocultar al enfermo su fiebre, decirle que su temperatura es normal a pesar de la sensación de calor: en una palabra, debe sugestionarse al enfermo.

(13) DEBOVE: *De la fièvre hystérique*, 13 de Febrero de 1885.—(Citado por Gilles de la Tourette)
(14) SOLIER: *L'Hystérie et son traitement*, cit., pág. 212.

Mierzejewsky, Sciamanna, Sacchi, Vizioli, Primavera, Hanot y Boix, Spoto y otros autores han estudiado los cambios de la nutrición general en los casos de fiebre histérica; algunos creen poder afirmar que la fiebre es un equivalente térmico del ataque, caracterizándose también por la fórmula química señalada por Gilles de la Tourette y Chatelineau como propia de los paroxismos (Rummo). Esta opinión, que parece compartir el mismo Gilles de la Tourette ("la fiebre, en la histeria, es, pues, enteramente asimilable a un paroxismo ordinario, en su forma prolongada o estado de mal", volumen II, página 549), no podemos admitirla como explicación patogénica, sino como simple observación de un epifenómeno de la fiebre, en carácter de hecho concomitante.

El concepto moderno de la fisiología cerebral y de la patogenia de la fiebre nos autoriza a pensar de otra manera.

¿Qué es la fiebre? Paulesco, en un artículo recientísimo, contesta: "Es un *sindroma nervioso.* Procede por *accesos,* como la mayor parte de los sindromas nerviosos, pudiendo aquéllos ser aislados o subintrantes, pero conservando siempre una fisonomía especial" (15). Ese mismo concepto, del *acceso,* comparte Guinon (16).

¿Hay centros cerebrales regularizadores de la temperatura, los llamados centros termógenos?—Desde los estudios de Richet, Eulemburg, Landois, Girard, este concepto adquiere importancia creciente, aunque no se concuerda en la manera de interpretarlo ni en la localización de los centros.

Creemos posible que la fiebre histérica sea determinada por la perturbación funcional de los centros cerebrales encargados de regular la temperatura, ya se conciba ese trastorno como una disociación de las síntesis mentales

(15) PAULESCO: "*Contribution a l'étude de la fièvre*", en *Journal de Médecine Interne,* 1°. de Julio de 1904, París.
(16) GUINON: Artículo "FIEVRE", en el *Tratado* de BOUCHARD.

(Janet) o como un sueño o abotagamiento de los mismos (Sollier).

Parécenos que la misma perturbación productora de una parálisis, una anestesia o un hipo, según el sitio del cerebro donde se localice, producirá fiebre o hipotermia si se localiza en los centros reguladores de la temperatura. En cuanto a la naturaleza íntima de esa perturbación, probablemente vascular o microquímica, vale para este caso lo que dijimos al estudiar la fisiopatología de la histeria en general.

## V. — Un caso de seno histérico.

En circunstancias bastante curiosas se produjo el accidente que vamos a describir, constituyendo una forma especial de la perturbación conocida con el nombre de "seno histérico", que en su tipo simple, de "edema histérico de la mama", hemos observado varias veces.

La enferma es una señora de veintidós años de edad. Antes de verla, nos consultó su esposo, refiriéndonos sus antecedentes. Lleva cuatro semanas de matrimonio; su señora ha sido siempre histérica, sufriendo mareos, vahidos, bolo histérico, desmayos, palpitaciones cardíacas, pero nunca ha tenido convulsiones. En sus primeras intimidades conyugales tuvo legítimos deseos de palpar y besar los senos de su esposa; observó, desde el primer momento, una sensibilidad dolorosa extraordinaria, a punto de impedir toda caricia. Dato esencial: no se trataba de una hiperestesia voluptuosa o relacionada en manera alguna con la sensibilidad general, sino de simple hiperestesia dolorosa, hiperalgesia. En un olvido de esta particularidad, el esposo aplicó los labios sobre el seno de su cónyuge, practicándole una delicada succión. Sobrevino un ataque histérico no convulsivo: aura epi-

gástrica, palpitaciones, bolo histérico y pérdida del conocimiento. El esposo, conociendo sus antecedentes histéricos, procedió como hombre de mundo; salpicóla con agua fresca, le dió a oler agua colonia y esperó pacientemente; antes de media hora la enferma recobró el sentido y todo pareció terminar en calma.

Al despertar fué la sorpresa. La señora no podía sufrir sobre su seno izquierdo ni el simple roce de la camisa; además, examinada la parte, ella y su esposo comprobaron que estaba "hinchada, tumefacta, dura y pastosa, como si mi mujer estuviese criando". Después de tranquilizar a su señora, y antes de consultar al médico, el esposo reflexionó sobre el caso; hombre ilustrado, supuso la naturaleza puramente nerviosa de la afección, por cuyo motivo intentó sugestionar a la enferma, diciéndole que todo pasaría con una simple cataplasma de malva. Fracasó el expediente y la señora solicitó asistencia médica, temerosa de peligros imaginarios.

Al examinar a la enferma han transcurrido tres días. Comparamos ambos senos. El derecho es del tamaño de media bola de billar, con flacidez gelatinosa; blanco rosado, pequeña areola bruna, pezón de tamaño normal y fácilmente eréctil; la sensibilidad superficial y profunda, es normal; se acompaña de sensaciones voluptuosas que se reflejan vagamente en la fisonomía de la enferma. El seno izquierdo presenta doble volumen, está hipertenso y túrgido; su color es blanco pálido, con indeciso tinte celeste, como si hubiese ligera cianosis por edema de éxtasis, la areola es bruna y de igual tamaño que la derecha, aunque parece más pequeña por el aumento de volúmen del seno; el pezón está erecto en permanencia, aumentado de volumen, dando a la vista y al tacto la impresión de un estado congestivo; la sensibilidad presenta hiperalgesia superficial enorme, e hiperalgesia profunda mucho menor: tomar el seno entre los dedos es do-

lorosísimo, pero el dolor disminuye cuanto más se comprime.

En la mama no hay verdadera zona histerógena. El ataque anterior sobrevino por la forma prolongada de la excitación; se trataba de una succión cutánea y continua, no interesando la sensibilidad profunda. En cambio la presión profunda y continua de la glándula no produce ataque de ningún género.

La glándula está túrgida, infiltrada, dura, con los caracteres de un edema intenso de la mama, aunque no conserva huellas de la presión digital. Este carácter, la hiperalgesia y la manera de aparición, bastan para caracterizar el seno histérico.

Observamos, desde el primer examen, un fenómeno importante que persistió por tres días; tanto como el accidente mismo. Al tocar el seno, la hiperalgesia traía como reacción refleja una erección del órgano, de origen congestivo, debida sin duda a un fenómeno de vasodilatación refleja; bastaba tocar con la yema del dedo la piel del seno para que en éste se produjera un movimiento de expansión.

Hay, pues, en este caso, además del edema del seno, una exquisita sensibilidad refleja, con reacción vasodilatadora a las excitaciones tactiles y dolorosas. La simple hipertensión de la glándula produce continuamente *pulsación de la mama,* sincrónica con el pulso cardíaco; es visible cuando está sentada la enferma y pendiente el seno, y palpable en todo momento, aun en la posición horizontal. Este hecho no puede sorprender, sabiendo que fisiológicamente todos los órganos y segmentos del organismo pulsan sincrónicamente con el árbol arterial.

El diagnóstico impuso el tratamiento. Antes de recurrir a la hipnotización, inconveniente en este caso especialísimo, ensayamos la *sugestión medicamentosa.* Recetamos a la enferma agua destilada, en frasco gotero ro-

tulado "veneno", y teñida con una tintura colorante, para tomar cinco gotas, tres veces por día; al mismo tiempo, aplicaciones inertes de lanolina. Esta medicación fué acompañada por las sugestiones verbales propias del caso.

En tres días el seno volvió a su volumen normal, permaneciendo hiperestésico como antes del accidente. No fué posible realizar ninguna investigación experimental, por razones fáciles de comprender. Nos limitamos a aconsejar al cónyuge se abstuviese de palpaciones inoportunas, prohibiéndole toda tentativa de reincidir en la succión del seno; en medicina, lo mismo que en criminología, la reincidencia agrava los resultados jurídicos o clínicos de la acción.

## VI. — El edema histérico.

Antes de referir los caracteres genéticos y evolutivos del edema histérico, que analizaremos en un caso clínico muy interesante, consideramos necesario advertir que los edemas figuran entre los más frecuentes trastornos tróficos de origen nervioso. A primera vista, la influencia de una causa "psíquica" sobre las funciones tróficas es menos fácil de comprender que una parálisis o una anestesia, un acceso de risa ò de hipo. Sin embargo, desde que en el sistema nervioso existen centros encargados de regir ciertas funciones tróficas, regulando la nutrición de los órganos y tejidos, es lógico que el trastorno funcional de esos centros se traduzcan en perturbaciones tróficas de los órganos o tejidos correspondientes (17).

La histeria no tiene el monopolio de los edemas. Los de origen nervioso obsérvanse en las enfermedades más diversas; baste consultar las semeiologías de Blocq y

(17) Charcot, *Oeuvres*, vol. I, lección I, II, III y IV.

Onanoff, Dejerine, Roux, etcétera.

Achard los enumera en las afecciones cerebrales, medulares y en las neurosis (18).

*

Los autores que se ocupan del edema histérico, remontan su conocimiento a Sydenham, transcribiendo las siguientes palabras, ya clásicas en patología nerviosa: "La afección histérica no se limita solamente a casi todas las partes internas; algunas veces afecta también las partes externas y los músculos, a saber: los maxilares, los hombros, las manos, las piernas; provoca allí una hinchazón o dolores, siendo más notable cuando afecta las piernas. Pueden observarse dos hechos constantes en las tumefacciones de los hidrópicos: son más considerables durante la noche, y al ser comprimidos con las yemas de los dedos conservan la impresión, como si fuera cera virgen. En cambio la tumefacción de las personas histéricas es más intensa por la mañana y no conserva rastro ninguno al sufrir la presión del dedo. A menudo también, esta tumefacción existe en una pierna sola. Por lo demás, tanto se parece a la tumefacción de los hidrópicos, por el tamaño como por la superficie, que hay dificultad para convencer a los enfermos de que no son hidrópicos" (19); Sydenham se refiere exclusivamente al edema blanco, caracterizándolo por su dureza, por no retener la impresión del dedo y por su posible topografía unilateral; esos tres caracteres siguen tipificando la semeiología del edema blanco en los histéricos.

Damaschino, Axenfeld y Huchard, Fabre, Mitchell, Weill, se ocuparon del edema blanco, completando su

(18) ACHARD: En *Traité de Médecine*, de BROUARDEL, vol. VIII, pág. 633 y siguientes.

(19) *Médecine practique de Sydenham*, con notas de Jault, Avignon, año VII, 1799 (citado por CHARCOT).

estudio clínico. Charcot (20), en 1889, estudiando un caso de siringomielia con anestesias y edemas, señaló el edema azul de los histéricos, insistiendo sobre la necesidad de conocerlo para evitar peligrosos errores de diagnóstico. Gilles de la Tourette y Dutil (21), ampliaron sus ideas en una breve monografía clínica. El mismo Charcot (22) dedicó una lección a este punto, estableciendo definitivamente su nosografía; siguiendo sus huellas se publicaron, en la última década, numerosas observaciones.

A esos edemas, *blanco y azul,* debe agregarse el descrito por Damaschino (23) y Gajkiewics (24), cuyo color es rosado o francamente *rojo.*

Sin embargo, como lo observó Gilles de la Tourette (25), estas diferencias de coloración cutánea se observan en diversos individuos, nunca en uno mismo. Si el edema puede sufrir grandes fluctuaciones de intensidad, particularmente bajo la influencia del ataque, no es menos cierto que el mismo sujeto tiene siempre su edema del mismo color: blanco, rojo o azul. La diversa coloración en cada uno débese, probablemente, a distintas reacciones de los capilares cutáneos, aun bajo la influencia de causas y circunstancias semejantes.

Sydenham creía que el edema histérico se acentúa por la noche y declina por la mañana, al revés de lo que ocurre en los hidrópicos. Según Charcot y Gilles de la Tourette, es "una regla que sufre muchas excepciones"; nosotros no la creemos una regla, pues en la investigación de la bibliografía clínica nada encontramos que autorice

(20) CHARCOT: *Lècons du mardi,* vol. II, 1889.

(21) GILLES DE LA TOURETTE: *"Contribution a l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie",—Nouv. Icon. de la Salpét.,* 1889.

(22) Lección del 6 de Mayo de 1890, recogida por GUINON, vol I, página 95.

(23) *"Troubles trophiques dans l'hystérie".* (Lección recogida por RAVILLOUD). *Gazz. des Hop.,* 1880, pág. 561 y siguientes

(24) Analizado en *Archives de Neurologie.* 1892 pág. 113.

(25) GILLES DE LA TOURETTE: *Traité Clinique,* etc. Vol. II, pág. 397.

a confirmar la opinión de Sydenham, contraria, por otra parte, a toda idea patogénica y etiológica.

Todos los autores reconocen que rara vez se observa el edema independientemente de fenómenos paralíticos, atrofias musculares, artralgias, etcétera; generalmente el edema es secundario y acompaña al trastorno histérico principal. En el caso observado por nosotros no hay fenómenos paralíticos de ninguna clase, existiendo, en cambio, anestesias muy extensas y totales; una observación semejante, de edema sin parálisis, monosintomático, publicó Thibierge en 1892 (26).

Generalmente el edema es extendido y difuso, tomando un miembro o segmento de miembro; suele sobreponerse a la parálisis o a la anestesia. En nuestra enferma se trata de un edema "en placas", cuya ubicación es irregular, no coincidiendo con fenómenos paralíticos y no sobreponiéndose a las anestesias.

Algunos autores señalan el carácter unilateral del edema histérico, circunstancia que no concuerda con nuestro caso. Según Gilles de la Tourette, los paroxismos imprimen rumbos a la evolución de la enfermedad, influyendo sobre la intensidad del edema.

En casi todos los casos descritos, el edema histérico se localiza en los miembros, especialmente en las manos (ver ilustraciones en Charcot, Richer, Roux, Gilles de la Tourette, Janet, Raymond, etc). La topografía del edema, en nuestra enferma, es de las más raras. La posición del cuerpo y la estación de pie no influyen sobre el sitio e intensidad.

*

El 15 de julio de 1903 concurrió al consultorio externo del servicio de nerviosas, por indicación del doctor Ma-

(26) THIBIERGE: En el *Bull. de la Soc. Franc. de Dermatologie*, pág. 135.

nuel A. Santas, una niña de catorce años, bien constituída, aparentemente sana. Habíase presentado al consultorio de enfermedades de los niños, quejándose de hinchazones transitorias, irregularmente situadas, cuya causa no podía atribuirse a las enfermedades orgánicas que suelen acompañarse de ese síntoma; sospechando que se tratara de un edema histérico, tuvo la gentileza de enviarnos la enferma.

Los antecedentes hereditarios son poco ilustrativos por la rama paterna; la joven no recuerda a su padre, pues falleció cuando ella tenía solamente dos años de edad. Su madre es histérica, tiene frecuentes crisis de pequeño ataque; vive desde hace varios años con un buen hombre, correcto marido y amable padrastro.

La enferma no ha tenido padecimientos dignos de mencionarse hasta la pubertad. Cuatro meses antes de concurrir al hospital se desarrolló. El segundo mes la enferma sintió extrañas sensaciones subjetivas, hormigueos en la piel, principalmente sobre el brazo izquierdo; refiere que se rascó mucho, hinchándosele el brazo en seguida. La enferma no atribuyó importancia a la hinchazón, desapareciendo ésta al día siguiente. El tercer mes nueva hinchazón, esta vez en la cara y sin que la enferma se hubiese rascado. Su madre vió, naturalmente, la hinchazón, la imputó a las muelas y envió su niña al consultorio de un dentista; éste declaró que la hinchazón no dependía de las muelas, indicándole consultara a un médico. No hubo tiempo para ello, pues la enferma, al día siguiente, amaneció curada.

En la duda, la joven concurrió al consultorio del doctor Santas, en el hospital San Roque, narrando su curioso padecimiento; después de algunos días de observación pasó al consultorio de nerviosas.

En suma, los antecedentes de esta enferma nos revelan dos edemas transitorias, en placas, cuya aparición está

ligada a fenómenos menstruales, circunstancia importantísima por ser las primeras reglas de la enferma. Ninguna emoción o contrariedad influye en su determinación; no hay surmenage físico o intelectual; no se acompaña de fenómenos paralíticos, de accesos convulsivos ni de otros accidentes nerviosos perceptibles, salvo los hormigueos en la piel.

En rigor, estos últimos, provocando la excitación cutánea de rascarse, bien pudieron ser el punto inicial de una sugestión subconsciente, pues el primer edema apareció con ese motivo.

Generalmente, el origen del edema histérico es menos tranquilo; muchas veces interviene un traumatismo físico brusco, otras basta una emoción intensa, especialmente si ella es de naturaleza hiposténica.

Las emociones depresivas pueden producir toda clase de trastornos sanguíneos periféricos; el retardo circulatorio progresivo y el descenso de la presión pueden provocar éxtasis periféricos, congestiones pasivas, edemas, que se manifiestan más fácilmente si coexiste alguna alteración anatómica del corazón y de los vasos. En ciertos neurópatas e histéricos esas perturbaciones circulatorias no requieren lesiones orgánicas previas (27). Una mujer de treinta y dos años, observada por Pitres (28), sufría toda clase de perturbaciones histéricas después de emociones intensas, y muchas veces aparecían edemas fugaces sobre su cuerpo, asociados a otros fenómenos mórbidos o independientes de ellos.

Feré observa, con razón, que no debe sorprender el origen puramente emotivo de los edemas paralíticos en los histéricos. Recuerda el caso de Leloir (29): en una histérica se producía síncope local de los dedos bajo la

(27) FERÉ, *Pathologie des emotions*, pág. 237.
(28) PITRES: "*Des troubles trophiques dans l'hystérie*", en *Progrès Medical* 1891, pág. 145.
(29) Citado por LEVÉQUE: *Dermatoses d'origine nerveuse*, pág. 27.

influencia de escarificaciones cutáneas, durando un cuarto de hora después de efectuada la operación. En algunos melancólicos son frecuentes las perturbaciones tróficas consecutivas a los fenómenos de éxtasis; Ritti (30), estudiando la locura circular, evidenció este hecho, más curioso todavía: los fenómenos de asfixia local de las extremidades, producidos durante los períodos remisivos o de excitación. La influencia patológica de las emociones vivas sobre la circulación se manifiesta en ciertos casos suspendiendo bruscamente las hemorragias fisiológicas (Feré). La amenorrea suele ser consecuencia de emociones penosas, y esa retención puede causar graves afecciones pelvianas (Bernutz, Goupil). Otras veces el temor de un embarazo produce un retardo menstrual, por espacio de varios días o semanas. Un vivo deseo de tener hijos puede provocar esa misma retención (Raciborsky).

No puede, pues, sorprender la aparición de un edema histérico a consecuencia de trastornos emotivos intensos.

Janet y Raymond (31) describen detenidamente un caso complicado de anestesias muy extensas y de parálisis, localizado en la mano, cuyo origen se remonta a una enfermedad infecciosa, susceptible de determinar en los centros cerebrales una alteración que se convierte en punto de partida de una histeria grave; los edemas, en su comienzo, se limitaron a las manos y las muñecas, y algunos cirujanos creyeron oportuno incidirlos, confundiéndolos con flemones periarticulares. Otras veces aparecía por causas fútiles, ligadas claramente a la sugestión; estando sentada junto a una ventana, una corriente de aire fresco rozó su mejilla, bastando esa excitación para provocar el edema. En otra circunstancia surgió después de una indisgestión.

(30) Ritti: *"De l'asphyxie locale des extrémites, etc."*, en *Ann. Med-Psychologiques*, 1882, pág. 36.
(31) Janet y Raymond: *Névroses et idées fixes*, vol. II, pág. 510.

Los mismos autores describen otros dos casos dignos de mencionarse. La primera enferma es lavandera y está convencida de que cuando trabaja aparece el edema, desapareciendo si descansa. La otra tiene desde su infancia la mala costumbre de dormir con la cabeza apoyada sobre los brazos; principió por sentir hormigueos: fijando la atención sobre éstos aparecieron los edemas. El origen es semejante al de nuestra observación.

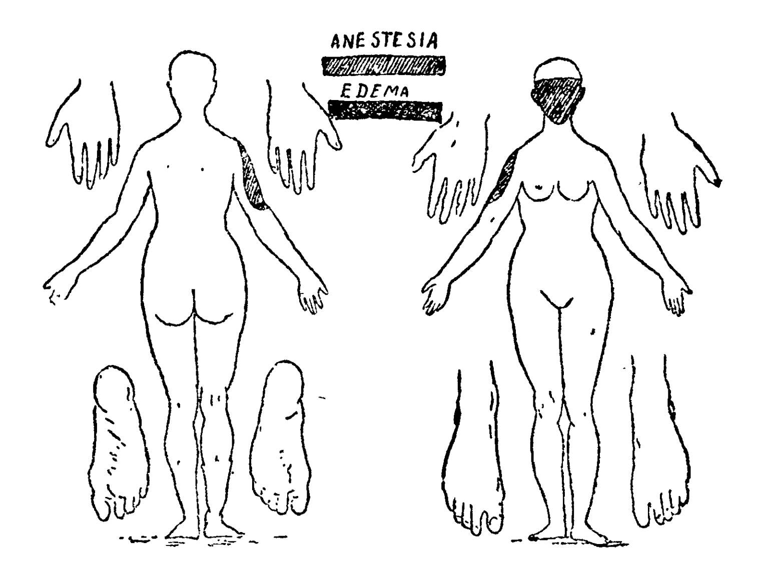
En algunos casos el edema precede, acompaña o sigue a los ataques convulsivos; aparece o desaparece bruscamente; en dos horas, el miembro antes indemne, mide cuatro o cinco centímetros más de circunferencia que el del lado opuesto (32).

En definitiva, todas esas causas, físicas o psíquicas, son simples factores ocasionales e indirectos, pudiendo variar hasta lo infinito, pues su eficacia morbígena depende, en primer término, de la predisposición del sujeto, de su estado de inminencia mórbida.

El examen de la enferma revela dos clases de perturbaciones cutáneas, coexistentes, pero no subordinadas las unas a las otras: anestesias y edemas. Conviene seguir su evolución en los esquemas siguientes, dispuestos en orden cronológico, según los apuntes redactados por el médico agregado del servicio, doctor Emilio Bondenari, y por el practicante Manuel Rodríguez.

15 de julio.—Examinada la enferma, por primera vez, en el consultorio externo del Servicio, no presenta en ninguna parte del cuerpo edemas localizados. Tiene dos placas de anestesia cutánea; la primera abarca toda la cara y la segunda ocupa la región externa del antebrazo derecho. (Fig. I.)

(32) GILLES, *Traité clinique*, etc., pág. 401.

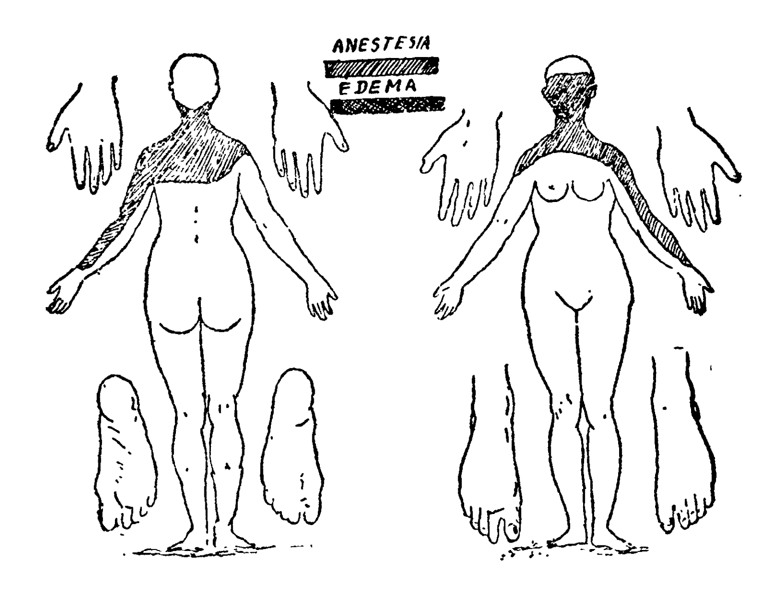



Se indica a la enferma la conveniencia de concurrir al hospital cuando tenga el edema, para examinarlo *de visu*.

14 de agosto.—El día anterior, a las nueve p. m., comenzó el edema en el lado derecho de la cara. Se inició con escozor persistente y no fué acompañado por ningún fenómeno doloroso en esa región. Siguió en aumento hasta las dos de la mañana, ocupando la mitad derecha de la cara. Desde esa hora permaneció estacionario, disminuyendo al amanecer.

La examinamos a las once a. m. Su cara está asimétrica y deforme, presentando una tumefacción voluminosa, a lo largo del maxilar inferior derecho. La piel está distendida, lustrosa, hay visible infiltración subcutánea presentando el aspecto de un tumor del maxilar sin infla-

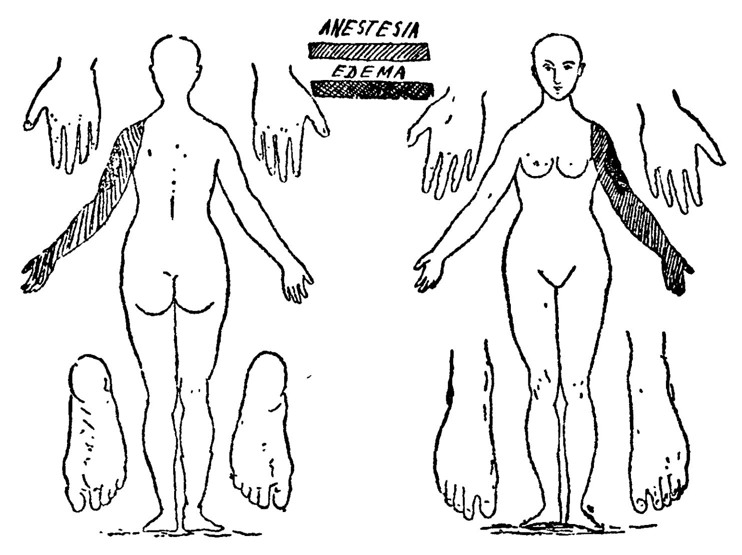
mación (Fig. II). La consistencia de los tejidos es muy grande y la presión digital no deja los rastros duraderos que se observan en el edema común. Los movimientos del maxilar se efectúan libremente. No hay neuritis ni neuralgia facial; reflejos maseterinos y pupilas normales. Ha tenido leve cefalalgia.




Ese edema coincide con una vasta zona de anestesia cutánea, extendida a la cara, el cuello y la parte externa del brazo y antebrazo izquierdos. Esta región abarca una de las placas anestésicas observadas anteriormente.

El edema curó en tres días.

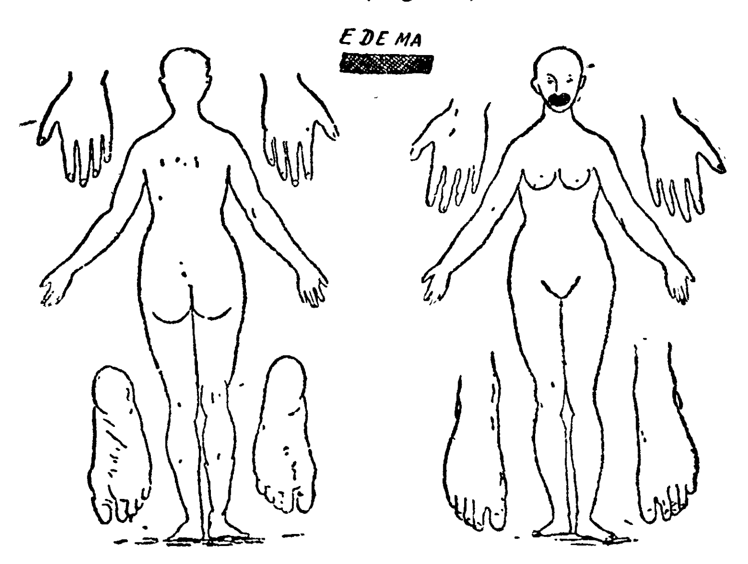
24 de agosto.—El día 22 apareció una placa edematosa sobre la región externa del antebrazo izquierdo (Figura III), durando hasta el día 23 por la tarde. El día 24 no




tiene edema, pero sí anestesia total del brazo izquierdo.

25 de agosto.—Edema en el mismo brazo, desde las diez p. m. hasta la madrugada del día siguiente.

29 de agosto.—Edema peribucal; aparece a las diez p. m.; duerme tranquilamente y despierta sin edema a las ocho a. m. del día 30 (Fig. IV).

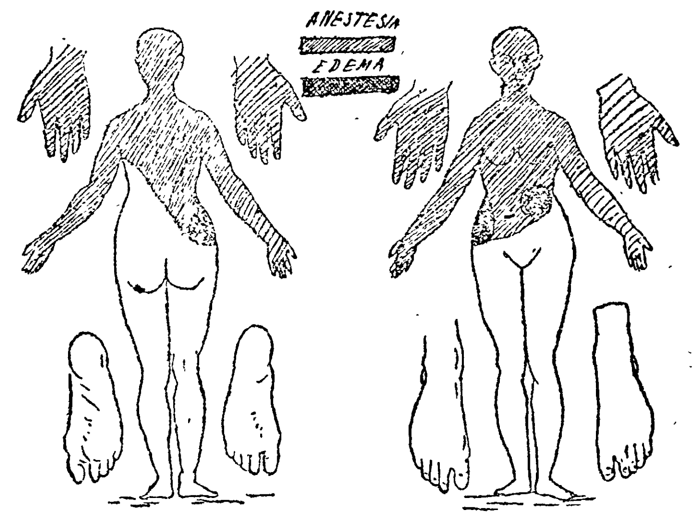


Después de haber desaparecido el edema, la enferma presenta anestesia de la cara, cuello, todo el miembro superior izquierdo y región externa del brazo derecho.

4 de septiembre.—El día 3, al anochecer, le apareció edema sobre la región maxilar inferior izquierda; durmió tranquila y despertó sana. Al examinarla, el día 4 a las once a. m., presenta anestesia cutánea de la cara y brazo izquierdo.

6 de septiembre.—Aparecen dos placas de edema: la una sobre el arco inguinal izquierdo y la otra por debajo de la cresta ilíaca derecha (Fig. V). Hay anestesia (en algunas partes simple hipoestesia) en la cabeza, miembros superiores, tórax y parte del abdomen.

Este edema aparece con periodicidad regular todas las noches, desapareciendo por la mañana.




12 de septiembre.—Sigue el edema con la misma localización; la placa infrailíaca tiene caracteres de mayor permanencia, durando hasta las tres de la tarde. Al mismo tiempo la enferma siente dolores punzantes, comparándolos con alfilerazos.

16 de septiembre.—Desde el día 14 hasta la fecha no ha reaparecido el edema. Concurre al consultorio hasta Octubre; no se repite.

Ocho meses más tarde, en Mayo de 1904, hemos visto a la enferma, que se encuentra pupila en un colegio de religiosas. El edema no ha reaparecido una sola vez.

*

Gilles de la Tourette define con el nombre de "diátesis vaso-motriz" la predisposición a las perturbaciones de carácter circulatorio y trófico, latente en muchos histéricos.

El primer grado de los trastornos vaso-motores cutáneos comprende el dermografismo espontáneo o provocado, asfixia local, sudores locales o generalizados, urticaria; el segundo abarca los edemas, pémfigo, herpes, eczema; en el tercer grado se observan las lesiones gangrenosas de la piel, las alteraciones pigmentarias, eritromelalgia, etc. (33). La interpretación de estos fenómenos, por lo menos en su mecanismo, fué dada por Renault, cuya opinión, aceptada generalmente por los neurologistas, reproducimos en seguida:

"Cuando se traza una línea sobre la piel de nuestro histérico, con la uña o con un lápiz, además de aparecer una "raya meningítica", se forma una gruesa lista roja, la cual se ensancha hacia la periferia al mismo tiempo que su centro se vuelve edematoso y urticado. La raya trazada sobre la piel tórnase pronto saliente, relevándose sobre el tegumento, por edema rápido del dermis. Después el líquido de ese edema, aprisionado en las mallas inextensibles del dermis, comprime los vasos que le dieron origen y el eje de la raya es asiento de lo que he lla-

(33) GILLES DE LA TOURETTE: *Traité Clinique*, vol. II, parte II.

mado "el edema anémico", mientras siguen produciéndose a ambos lados fenómenos congestivos. Esa urticaria traumática es pruriginosa y determina con el tiempo pápulas urticadas. A la larga, cuando se borra, puede hacérsela reaparecer mediante una ligera fricción de la piel. En ciertos días basta una raya trazada con la uña o con una cerilla para determinar un edema congestivo, tan intenso que en el punto de contacto se produce una "hemorragia electiva". Junto con los glóbulos blancos pasan muchos rojos, y cuando el edema congestivo, y después anémico, se ha borrado, encuéntrase en el mismo sitio una raya equimótica. La "estigmatización" es entonces completa.

"En la actualidad sábese muy bien lo que ocurre cuando se forma cualquier lesión urticada. Al principio, una parálisis repentina de las arteriolas que presiden los conos vasculares de la piel, abre un área de plena circulación en el campo irrigado por la arteria: de allí el *rubor*. En esa área de plena circulación el curso de la sangre se retarda por insuficiencia de las vénulas correspondientes: de allí una amplia diapédesis, productora del *edema congestivo*. Siendo inextensibles los espacios interfasciculares y no pudiendo distenderlos el exudado edematoso, ese líquido se acumula en torno de los vasos con una tensión creciente. Cuando esa tensión inversa equivale a la tensión de la sangre en los vasos, éstos son comprimidos y su luz se restringe por contrapresión, de donde proviene el *edema anémico* y el aspecto exangüe del centro de la pápula o de la raya urticada. En esas condiciones la epidermis puede ceder a la alta presión intradérmica propagada en todos sentidos, engendrando la urticaria vesiculosa, no muy rara.

"Si en los casos de urticaria vulgar las lesiones urticadas no fuesen, como realmente se observa, completa o relativamente efímeras, el edema anémico tendría otra

consecuencia, lógicamente presumible: la *gangrena* superficial, redondeada, en la parte de la piel contigua al cuerpo mucoso, pues ésta sólo puede subsistir mediante una irrigación sostenida, como lo indica el enorme desarrollo de sus redes capilares en racimo.''

Esta explicación fisiológica, dada por Renault, permite reconstruir la progresión de esos trastornos tróficos cutáneos, desde el rubor y el dermografismo hasta la equimosis y la gangrena, siendo sus etapas intermediarias el pémfigo y el edema histérico. En casos especiales, estas lesiones tan diversas podrían coexistir en un mismo individuo, representando diversas fases evolutivas de un mismo desorden circulatorio, etapas diferentes de un proceso único. Pero si ese mecanismo fisiopatológico satisface y es generalmente aceptado, el acuerdo no es uniforme acerca de la naturaleza íntima del desorden vaso-motor. Charcot (34) lo cree de naturaleza espasmódica, siendo aceptada su opinión por varios autores. Otros, entre ellos Morselli (35), lo consideran de naturaleza paralítica, lo mismo que los edemas observados en las formas estuporosas y apáticas de la melancolía y la demencia; sin negar que la inmovilidad de algunos enfermos puede influir mecánicamente sobre esos trastornos de la circulación sanguínea y linfática, debe reconocerse que la gravedad no basta para explicar las localizaciones ajenas a la acción del éxtasis sanguíneo, ni su transitoriedad.

*

Una de las características de los accidentes histéricos, consiste en la posibilidad de suprimirlos o renovarlos a voluntad, mediante la sugestión. Esta no es, sin duda, una regla absoluta, pues en tal caso muy simplificada quedaría la terapéutica de los desórdenes histéricos; sin

(34) CHARCOT: *Maladies du Système Nerveux*, vol I, pág. 104.
(35) MORSELLI: *Semeiótica*, citada, vol. I, pág. 245.

embargo, el hecho es bastante general como para autorizar, y aun imponer, la experimentación clínica mediante la sugestión hipnótica, pues en ciertos casos ilustra el estudio del accidente, facilita su diagnóstico y orienta la terapéutica.

Los accidentes histéricos pueden, pues, provocarse experimentalmente, aunque no en todos los enfermos ni en toda ocasión: es indispensable una gran hipersugestibilidad, tanto mayor cuanto más intenso es el desorden trófico que se quiere determinar. El edema histérico puede reproducirse artificialmente, con todos sus caracteres clínicos, en ciertos histéricos. Charcot (36) dice que es necesario colocar a los enfermos en el período sonambúlico del gran hipnotismo; nosotros diríamos que la experiencia solamente puede realizarse en sujetos que llegan a los estados profundos de la hipnosis. En una enferma de la Salpétriere, Charcot obtuvo los siguientes resultados. Colocada la paciente en el período sonambúlico del hipnotismo, le sugirió que su muñeca y mano derechas se hincharían, tornándose de color violeta; durante los días siguientes la sugestión se realizó poco a poco, y cuatro días más tarde la mano derecha estaba hinchada, más fría que la izquierda, de color violeta con manchas rojas, la piel lisa y reluciente. La hinchazón es dura y no conserva huella por la compresión digital; hay paresia en los movimientos; se comprueba completa anestesia táctil, dolorosa, térmica. Entre ese edema experimental y el edema azul espontáneo no hay, sin duda, ninguna diferencia; y así como una sugestión lo produce, otra sugestión lo suprime. El operador duerme nuevamente a la enferma y le sugiere que su mano está sana, pues no hay debilidad, no está hinchada, su color violeta ha desaparecido, acompañando esas sugestiones con ligeros masajes

(36) CHARCOT: *Loc. cit.*

destinados a intensificar su eficacia; en diez o quince minutos la mano tórnase blanca como la otra, delgada, sensible, desapareciendo completamente el edema azul provocado.

En nuestra enferma ensayamos la sugestión experimental de dos maneras. Se le sugirió, durante el sueño hipnótico, que dentro de las veinticuatro horas se le produciría un edema sobre el brazo derecho, en el mismo sitio en que había aparecido espontáneamente (véase el esquema). Esta sugestión no dió resultado; fué repetida varias veces sin éxito.

Ensayamos la provocación inmediata del edema, actuando durante el mismo sueño hipnótico; para reforzar la sugestión verbal resolvimos colocar en el sitio indicado una placa metálica cualquiera, usándola de cobre por tenerla a mano. Encargamos de esta experiencia al practicante del Servicio, señor Manuel Rodríguez, quien mantuvo la observación durante más de media hora; el resultado fué *absolutamente negativo.*

Estos resultados experimentales son perfectamente lógicos en nuestra enferma; es poco sensible a la hipnotización y sólo conseguimos un sueño superficial, conservando conciencia de lo que ocurre en torno suyo y perfecta memoria de lo sucedido durante la hipnotización. Es lo que llamaríamos período prehípnico o de consentimiento.

Conviene observar que estas tentativas de experimentación clínica responden a algo más que la simple curiosidad científica. Los histéricos con edemas transitorios suelen exagerar sus desórdenes al referirlos, estimulados por su invariable deseo de ser interesantes; la mejor manera de contralorear sus asertos es provocar las perturbaciones y juzgarlas por observación propia. El edema histérico se presta singularmente a alarmas y exageraciones. Feré (37) observa que "el edema de las ex-

(37) FERÉ: *Pathologie des émotions*, pág. 80.

tremidades es uno de los síntomas que motiva las quejas más hiperbólicas en los histéricos. Aun cuando el aumento de volumen es de poca importancia, algunos describen la hinchazón como una monstruosidad; la separación máxima de sus manos parece resultarles pequeña para comparar las proporciones colosales de sus pies, aunque ellos estén calzados en una bota coqueta''. En nuestra enferma las referencias debieron ser exactas o poco exageradas, pues las placas de edema que observamos personalmente sobre la región maxilar inferior y sobre el brazo, coincidían con la descripción que ella hizo de su aparición precedente.

•

El origen, los caracteres intrínsecos del edema, los estigmas histéricos y la evolución del accidente, bastan para el diagnóstico, siempre que se tenga presente su posibilidad. Sea blanco, azul o rojo, siempre hay signos que permiten diferenciarlo claramente de cualquier trastorno semejante. Pero no olvidemos que hasta la clásica lección de Charcot, el edema histérico era generalmente desconocido o negado.

Charcot (38) cita el caso de una joven, de diez y siete años, afectada, sin causa apreciable, de una hinchazón voluminosa en la pierna y muslo derechos. La tumefacción era dura, de color azul claro, y no conservaba rastro de la presión digital. Un cirujano, creyendo estar en presencia de una afección del periostio, le hizo dos grandes incisiones en la pierna. En lugar del pus buscado, salió una pequeña cantidad de sangre. No había fiebre, el estado general no era grave, y la enferma no revelaba gran sufrimiento; era un simple edema azul histérico.

Otra enferma del mismo Charcot había sido confun-

(38) CHARCOT: *Ob cit.*, pág. 90.

dida con un caso de artritis nerviosa, ensayándose el tratamiento de salicilato y antipirina. Vista su inutilidad, a pesar del diagnóstico anterior, el médico alojó la mano y la muñeca en un aparato enyesado, durante dos meses. Por una escotadura situada a nivel del dorso de la mano, aplicábale de cuando en cuando puntas de fuego. Al quitar el aparato había contracturas, artrodinia extendida a todas las articulaciones del miembro y un estado trófico general poco satisfactorio. La enferma vivía desesperada por el tratamiento más que por la enfermedad.

Janet y Raymond (39) observaron una enferma cuyos edemas eran transitorios y aparecían frecuentemente en las manos y muñecas. "En un caso particular el edema surgió en la mano izquierda, durando algunos años, con carácter grave; sólo supieron practicarle una operación quirúrgica consistente en una gran incisión sobre el dorso del brazo y de la mano."

Observaciones análogas son frecuentes en la bibliografía de los últimos diez años; no conocemos ningún caso ocurrido en nuestros hospitales.

Para distinguir el edema histérico del flemón, bastará fijarse en la ausencia de dolor, en la temperatura normal, el comienzo, las influencias estesiógenas, la existencia de otras perturbaciones paralíticas o sensitivas. En los siringomiélicos pueden observarse edemas azulados fácilmente confundibles con los histéricos; pero en los primeros se buscarán los otros síntomas propios de la enfermedad espinal, como las atrofias musculares, las escoliosis antiguas, etc. Los edemas reumáticos periarticulares pueden prestarse a dudas; el dolor, la evolución y el tratamiento específico aclararán el punto. Más difícil será el diagnóstico con el "edema agudo de la piel"

(39) JANET Y RAYMOND: *Ob. cit.* pág. 509.

y los "edemas angioneuróticos"; en esos casos convendrá dar la debida importancia a los síntomas extrínsecos.

La evolución del edema histérico es variable hasta lo infinito. Baste enumerar los siguientes tipos clínicos y pensar que pueden combinarse indefinidamente:

1.° Edemas fugaces, aislados.

2.° Edemas fugaces, asociados a otros desórdenes histéricos (parálisis, anestesias, etc.)

3.° Edemas permanentes, aislados o asociados, "subagudos".

4.° Edemas crónicos, aislados o asociados, curables por sugestión o rebeldes a todo tratamiento.

Charcot cita un caso con cuatro años de duración anterior, uno o dos años de tratamiento en su clínica y persistencia de los síntomas después de mucho tiempo. Tamburini (40) concede al edema histérico uno o dos años de duración, subordinándolo a los trastornos motores.

Es indudable que su terminación habitual es la sanación espontánea; en casos muy raros tórnase crónico e incurable.

*

El tratamiento de los edemas histéricos debe variar según las circunstancias en que el accidente se produce. Para Charcot (41) el edema histérico, por sí mismo, no es objeto de ninguna indicación especial, pues suele desaparecer junto con los fenómenos concominantes; nuestros esfuerzos deberán encaminarse a corregir estos últimos; para elevar el estado general usaremos los tónicos y la hidroterapia; localmente serán útiles el masaje, los diversos agentes estesiógenos, y particularmente el "transfert" mediante el imán.

El profesor de la Salpetriere insistió mucho sobre la

(40) Tamburini: En *Trattato*, de Cantani y Maragliano, parte V, vol. II, artículo *"Isterismo"*, pág. 568.
(41) Charcot: *Mal du syst. Nerv.*, vol: I, pág: 121;

proscripción de todo tratamiento quirúrgico mediante vendajes inamovibles, aparatos enyesados, etcétera, cuya aplicación suele ser de efectos funestos para los pacientes; estas recomendaciones de Charcot implicaban una respuesta categórica al neurólogo alemán Tolken, quien refirió maravillosos éxitos obtenidos aplicando un aparato enyesado a varios enfermos de contractura histérica, después de cloroformarlos.

Charcot reconoce la eficacia de la sugestión hipnótica en ciertos casos. Georges Guignon (42) ensayó ese tratamiento, obteniendo la desaparición conjunta de la parálisis y del edema en treinta minutos; el resultado se mantuvo durante varias horas. Fué repetida con pertinacia; al cabo de un año de tratamiento por la sugestión hipnótica la enferma no estaba sana todavía; se logró prolongar, hasta veintiséis o veintiocho horas después, la cesación de los síntomas principales. Puede inducirse de ello que la sugestión hipnótica dista de presentar siempre, como algunos creen, esa rapidez y certidumbre en los efectos curativos que le imprime carácter milagroso. Cuando puede aplicarse constituye un recurso muy brillante, pero su acción es relativamente limitada, como enseña el caso de Guignon.

Sollier (43) se manifiesta en el mismo sentido que Charcot, aunque aplica las fricciones y movimientos pasivos guiado por otro criterio patogénico: tiende a despertar los centros dormidos; también atribuye mucha importancia a los fenómenos paralíticos, que suelen ser el substratum del edema.

Pierre Janet y Raymond (44) describen así el tratamiento por ellos seguido en una enferma con anestesia y edema azul de la mano izquierda: "El masaje de la

(42) GUIGNON: Apéndice a la lección clásica de CHARCOT.
(43) SOLLIER: *L'hystérie et son traitement*, pág. 243.
(44) JANET Y RAYMOND: *Loc. cit.*

región, movilizando al mismo tiempo la muñeca, es un procedimiento eficaz; el edema desaparece en breve plazo, pero quizá podamos usar otros recursos más expeditivos y elegantes. Uno de nosotros se acerca a la enferma, con indiferencia y le ruega en voz baja que le tienda su mano izquierda. El sujeto levanta el brazo y obedece sin darse cuenta, a pesar de que ordinariamente ese brazo está paralítico; el operador insiste, le invita a apretar la mano, a mover los dedos, haciéndolo ella sin saberlo, primero con lentitud y luego con agilidad creciente. En ese momento se invita a la enferma a mirar su mano, sorprendiéndose ella de tan inesperada actividad; entonces se le sugiere que la parálisis ha cesado, debiendo ocurrir lo mismo con el edema dentro de pocos momentos. En efecto media hora o una hora después, no habrá más rastros de él. Basta, pues, determinar el movimiento subconsciente por medio de esas imágenes y sensaciones subconscientes, que persisten en ella a pesar de la anestesia, para que desaparezca el edema. Sin duda el éxito es más seguro devolviendo a la enferma la sensibilidad consciente de su brazo, pero ésta persiste poco y sabemos que la enferma puede permanecer anestésica sin tener ya parálisis ni edema''.

En síntesis, creemos que no puede preconizarse *un* procedimiento como eficaz en *todos* los casos de edema histérico. Algunas veces preséntase aislado este accidente, otras asóciase a parálisis, anestesias, etcétera; en ciertos enfermos es generalizado, en otros segmentario, en algunos en placas; permanente en los casos más graves, puede ser transitorio o fugaz en los más leves. Ninguna regla general puede orientar la conducta del médico en presencia de fenómenos tan desiguales.

En definitiva, todos los recursos terapéuticos recomendados redúcense a dos: masoterapia y sugestión, ambos en sus diversas formas.

En nuestra enferma, tratándose de edemas fugaces, en placas, la masoterapia no tenía indicaciones, pues el edema desaparecía espontáneamente al cabo de pocas horas.

Toda la terapéutica se limitó, pues, a la *sugestión preventiva*. La enferma fué hipnotizada una o dos veces por semana, haciéndosele simples sugestiones verbales al principio, y a poco andar prescindiendo de ellas, pues la paciente conocía de antemano el objeto de las hipnotizaciones.

La enferma no era muy sugestible y sólo entraba en estado de hipnosis poco profunda, pues al despertar conservaba memoria de cuanto le ocurriera durante el sueño; sin embargo aceptaba sugestiones de cierta importancia, especialmente anestesias cutáneas al tacto y al dolor.

El tratamiento se hizo durante dos o tres meses; los edemas desaparecieron. No hubo recidiva.

## VII. — Los trastornos tróficos son consecuencias secundarias del accidente histérico

Sea cual fuere la teoría que se admita acerca del mecanismo fisiológico de las emociones, es indudable que una emoción puede producir trastornos vasomotores, secretorios, térmicos, cutáneos, viscerales, nutritivos, etc. Observamos el hecho diariamente. No puede sorprendernos, por consiguiente, que algunos neurópatas presenten reacciones emotivas exageradas y trastornos tróficos más acentuados.

Basta recordar la emotividad mórbida que acompaña a los estados ansiosos, a las obsesiones, a las fobias, a las ideas fijas, para comprender la posibilidad de reacciones orgánicas que por su intensidad difieren poco de los trastornos tróficos descritos en la histeria. Con fre-

cuencia vemos congestiones, edemas, erupciones cutáneas, crisis viscerales reflejas, derrames secretorios internos, suspensión de secreciones fisiológicas, etc., consecutivamente a emociones intensas; en general, esos trastornos tróficos son fugaces o transitorios, pero casos hay en que duran días y semanas.

¿Qué motivos podrían existir para que en los histéricos sean imposibles esas reacciones tróficas de origen emotivo que son frecuentes en todos los neurópatas y que pueden producirse en personas que consideramos normales? ¿No es lógico, en cambio, que en algunos histéricos se produzcan con más intensidad y con efectos más duraderos?

Es evidente que muchos trastornos tróficos imputados a la histeria han sido observaciones sin contralor suficiente o errores de diagnóstico, mediando en muchos casos la simulación más o menos consciente de los enfermos. Pero un solo caso bien observado prueba más que cien erróneos, aunque éstos sirvan para enseñarnos a no confiar demasiado en descripciones de veracidad dudosa.

No habría discusión si se planteara el siguiente problema, en términos exactos: *intensas reacciones emotivas pueden provocar en los histéricos perturbaciones tróficas.* Quedaría por resolver esta otra cuestión: *¿Esas perturbaciones tróficas presentan los caracteres típicos de los accidentes histéricos?*

Esos caracteres típicos serían, necesariamente, de orden psíquico: su modo de aparición y su alterabilidad por la sugestión.

El origen emotivo de los trastornos tróficos, lejos de excluir la histeria, está en favor de ella; a nadie se le ha ocurrido negar el carácter histérico de un ataque convulsivo, de un hipo o de una monoplegia, por la circunstancia de ser consecutivos a una intensa emoción. Su causa accidental es una emoción, pero su causa pre-

existente es el estado neuropático que permite una mayor emotividad.

Se podría, pues, discutir tres hipótesis: si esa mayor emotividad es necesariamente histérica, si lo es en algunos casos o si no puede serlo nunca.

La primera hipótesis es absurda, dado que existen estados de emotividad mórbida en todos los "estados psicasténicos"; y basta formular la tercera hipótesis para comprender que es absurda. Es forzoso pensar que esa emotividad es histérica en ciertos casos y en otros no lo es; de ello debemos inferir que la histeria puede implicar las condiciones de emotividad mórbida necesarias para que una emoción determine reacciones tróficas.

La emoción accidental puede ser consecutiva a una excitación sensorial, a una representación psíquica consciente o a una excitación orgánica inconsciente (o subsconsciente). El primer caso se realiza en nuestra enferma de seno histérico: una excitación periférica provoca una emoción que es seguida del accidente trófico. El segundo caso se realiza en cualquiera enferma que sufre un accidente histérico después de una emoción consecutiva al recuerdo de otra precedente, exactamente como los ereutofóbicos que se sonrojan cada vez que se acuerdan de que pueden tener miedo. El tercer caso es el de nuestra enferma de edema histérico, cuyo segundo edema aparece sin excitación sensorial, ni representación consciente, pero al mismo tiempo que una modificación funcional capaz de provocar reacciones tróficas subsconscientes. En el primer caso la emoción realiza un ciclo sensorio-trófico; en el segundo, psico-trófico; en el tercero, trofo-trófico.

Cuando se dice que los accidentes histéricos "aparecen y persisten sin causa", se incurre en una simple inexactitud de lenguaje; se quiere expresar, simplemente, que no son debidos a una lesión anatómica sino a una suspensión funcional. Por eso, justamente, Sollier compara esa "no-función" al sueño, concibiendo los fenómenos histéricos como el resultado de "sueños" más o menos extendidos de los diversos centros funcionales de la corteza cerebral.

En presencia de un accidente trófico aislado — una fiebre o un edema histérico — todo el problema de su patogenia depende de que existan centros reguladores de la temperatura o centros vasomotores; si se admite que existen, como parece legítimo, no hay entre una fiebre y una monoplegia, o entre un hipo y un seno histéricos, más diferencia que la localización de la zona cortical de "no-función": el centro dormido es otro y sus síntomas periféricos corresponden a otra "proyección funcional".

La última cuestión. ¿Los accidentes tróficos son modificables por la sugestión? La escuela de la Salpetriere lo afirmaba con demasiada generalidad, sin hacer ciertas distinciones necesarias; con igual ligereza, y por igual causa, lo niegan Bernheim y otros histerólogos de su tendencia.

En un accidente trófico hay que distinguir dos cosas distintas. El accidente mismo, constituído por la reacción emotiva intensa (el momento en que el centro cerebral se disocia o se duerme, suspendiendo la función periférica a que corresponde su proyección); las consecuencias secundarias (que pueden persistir cuando el centro se reasocia o despierta). Esto se comprenderá mejor con un ejemplo.

En nuestra enferma de seno histérico, el accidente es una reacción emotiva que perturba el equilibrio de las funciones vasomotrices en una región dada, el seno;

la consecuencia. secundaria es la exudación de líquido en esa región. Supongamos que el accidente emotivo dura un minuto; ¿pretenderemos que el exudado se reabsorba espontáneamente al terminar la reacción? ¿pretenderemos que el exudado se reabsorba porque ordenamos a la enferma hipnotizada que ya no tiene seno histérico? Ya sea que el centro vuelva a funcionar (se reasocie o se despierte) espontáneamente o por sugestión, sus consecuencias secundarias nada tienen que ver ya con las causas que las determinaron.

Si sobre un edema histérico se forman vesículas o escaras, a nadie le sorprenderá que éstas persistan cuando el edema se ha reabsorvido. Es exactamente el mismo caso de las atrofias musculares secundarios a una parálisis histérica; cuando curamos la parálisis por sugestión, no podemos pretender que los músculos vuelvan de pronto a las condiciones tróficas y fisiológicas anteriores al accidente.

¿No estamos acostumbrados a vernos con ojeras al día siguiente de una intensa emoción voluptuosa? Es el mismo proceso fisiopatológico: el accidente pasa y las consecuencias secundarias persisten.

*

Estas reflexiones, fundadas en nociones de fisiopatología, nos inducen a dar nueva interpretación de los trastornos tróficos observados en los histéricos.

El accidente histérico que los determina es una suspensión funcional de los centros tróficos, cuya causa es psíquica, pudiendo ser consciente o inconsciente; esa suspensión funcional es (más o menos) reproducible y modificable por la sugestión, como los accidentes histéricos típicos.

Las consecuencias secundarias del accidente se manifiestan por alteraciones tróficas periféricas que pueden persistir después de restablecido el funcionamiento del centro cuya suspensión las determinó.

# ÍNDICE

Págs.

Talleres Gráficos Argentinos
:: L. J. ROSSO y Cía. ::
Belgrano 475 - Buenos Aires

NUEVAS EDICIONES DE ALGUNAS OBRAS DEL AUTOR

| | |
|---|---|
| La Simulación en la lucha por la vida (12.a edición revisada por el autor). 1 vol. de 230 páginas... | agotado |
| Simulación de la locura (8.a edición, revisada por el autor). 1 vol. de 400 páginas . . . . . . . . | $ 2 m/n. |
| Histeria y Sugestión (5.a edición, revisada por el autor). — 1 vol. de 300 páginas . . . . . . . . . . | „ 2 „ |
| Sociología Argentina (7.a edición, corregida y muy aumentada). 1 vol. de 470 páginas . . . . . . . | „ 2 „ |
| Crónicas de Viaje (1905-1906) — 6.a edición, revisada por el autor). — 1 vol. de 300 páginas . . | „ 2 „ |
| Principios de Psicología (6a. edición, corregida). 1 vol. de 400 páginas . . . . . . . . . . . . . | „ 2 „ |
| Criminología (7.a edición, corregida). 1 vol. de 400 páginas . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | „ 2 „ |
| Las doctrinas de Ameghino: La Tierra, la Vida y el Hombre, 1 vol. de 222 páginas . . . . . . . . | „ 1 „ |
| El Hombre Mediocre (5.a edición: 30.o a 40.o millar) | „ 1 „ |
| Hacia una moral sin dogmas, (2.a edición: 6.o a 11.o millar), 1 vol. de 210 páginas . . . . . . . . | „ 1 „ |
| La Evolución de las ideas Argentinas. — Vol. I.—La Revolución, 1 vol. de 560 páginas, | agotado |
| Proposiciones, relativas al porvenir de la filosofía, (2.a edición revisada por el autor: 5.o a 9.o millar). — 1 vol. de 160 páginas . . . . . . . . | „ 1 |

---

EN PRENSA

La Evolución de las Ideas Argentinas
— Vol. II. — La Restauración.

---

